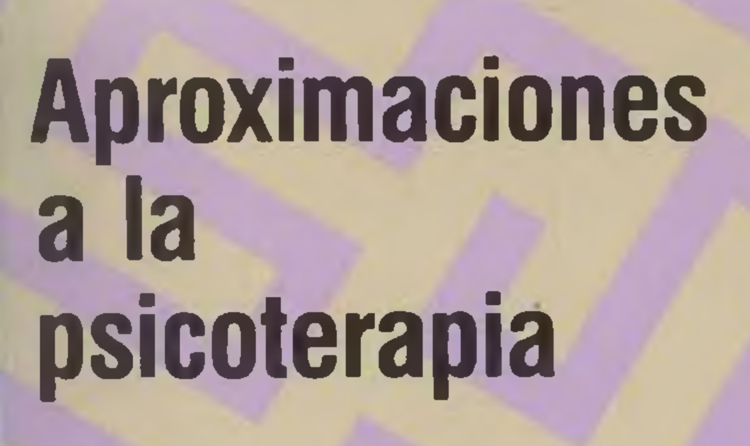


Aproximaciones a la psicoterapia

Una introducción a los tratamientos psicológicos

Guillem Feixas
Mª Teresa Miró

paidós

Psicología
Psiquiatría
Psicoterapia
132

SUMARIO

PREFACIO

Este libro pretende proporcionar al lector una visión amplia de la psicoterapia de nuestros días. En él se abarca un amplio espectro conceptual, metodológico y clínico, no ceñido a un modelo particular o a un tipo de problema o técnica específica. La visión que queremos transmitir, además de ser amplia y plural, integra a la psicoterapia en el contexto más general de la psicología. Esta integración exige, como condición previa, una seria reflexión sobre el cuerpo de conocimientos y métodos que configuran lo que hoy entendemos por psicoterapia, especialmente desde la óptica de la psicología científica.

El proceso que llamamos «psicoterapia» es algo muy complejo, y su descripción puede acabar fácilmente en una simplificación limitadora que lo reduzca a alguno de sus componentes o formas de verlo. Para evitar este peligro, hemos optado por realizar una serie de aproximaciones sucesivas, tanto para explorar los conceptos como los procedimientos de la psicoterapia actual. Obtenemos así una imagen menos reduccionista, más articulada y multidimensional, aunque necesariamente menos unívoca.

La adopción de este método de aproximaciones sucesivas ha determinado, en gran medida, la estructura final de nuestra obra. En el primer capítulo nos centramos en los intentos de definición de la psicoterapia y en sus componentes principales, a modo de una primera aproximación. Las figuras del cliente y del terapeuta son las protagonistas de la escena psicoterapéutica, pero también requieren atención su particular forma de relación y el proceso que llevan a cabo a través del tiempo. En el segundo capítulo, desarrollamos una aproximación histórica al fenómeno psicoterapéutico, desde su raíces en los albores de nuestra civilización hasta su emergencia como proceso formal, y su desarrollo durante este siglo en forma de distintos enfoques, acabando por una visión general sobre la situación actual.

Mientras que estas dos primeras aproximaciones (la inicial y la histórica) conciben la psicoterapia como proceso genérico, más allá de las particularidades o la concepción que de ésta tienen los distintos modelos, en la aproximación teórica se explicitan tales modelos. Hemos agrupado la gran diversidad de visiones acerca de la psicoterapia en cinco modelos: el psicodinámico, el humanístico-existencial, el conductual, el cognitivo y el sistémico. En cada uno de estos apartados, se presenta la psicoterapia desde la perspectiva particular del modelo que la propone.

En la aproximación metodológica abordamos la problemática de la investigación en psicoterapia. Si ya hemos enfatizado la complejidad de la psicoterapia como proceso, su estudio empírico la incrementa exponencialmente. Por ello dedicamos un apartado a describir las estrategias utilizadas para su estudio, y otro para exponer los resultados más relevantes. Las particularidades del estudio cualitativo del proceso terapéutico las hemos considerado en un tercer apartado, y en un cuarto hemos abordado la relevancia clínica de la investigación psicoterapéutica.

Para concluir estas aproximaciones a la psicoterapia hemos optado por plantear el reto de la integración que nos formula este panorama tan rico pero tan marcadamente diverso. El movimiento para la integración aglutina en estos momentos los esfuerzos de psicoterapeutas e investigadores de todas las orientaciones en pro de un avance del conocimiento. Se trata de aunar los esfuerzos y la experiencia acumulada desde los distintos enfoques para articular una comprensión más amplia del proceso psicoterapéutico en detrimento de la «lucha entre escuelas». Y esto lo entendemos como un componente fundamental de nuestra visión científica de la psicoterapia. En efecto, el hilo conductor que guía estas aproximaciones sucesivas es la idea de que si bien la separación de la psicología científica ha sido una característica del pasado, el encuentro con ella se presenta como el futuro de la psicoterapia.

Por último, conviene indicar que con la palabra «aproximaciones» que figura en el título de este libro hemos querido referirnos no sólo al planteamiento metodológico que hemos seguido al escribirlo, sino también al carácter tentativo del producto final. La psicoterapia es una ciencia joven que está sufriendo un desarrollo vertiginoso. Los esfuerzos por sistematizar el área de los tratamientos psicológicos son necesarios, pero no por ello dejan de tener un carácter tentativo.

CAPÍTULO 1

LA APROXIMACIÓN INICIAL

En este capítulo vamos a centrar la atención en los elementos esenciales de toda psicoterapia, a saber, el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico. Esta aproximación inicial intenta delimitar dichos elementos de un modo genérico, es decir, no específico a un modelo psicoterapéutico concreto. Se trata, por tanto, de una primera aproximación a un fenómeno complejo, y que los diferentes modelos se han encargado de matizar. Pero antes de pasar a describir cada uno de los elementos de la psicoterapia, conviene introducir un comentario acerca del problema de su definición.

1.1. El problema de la definición de la psicoterapia

Hace ya más de treinta años, el prestigioso psicólogo clínico P. Meehl (1960) describía la psicoterapia como «el arte de aplicar una ciencia que todavía no existe». Esta paradójica definición de Meehl servía para poner de manifiesto un estado de cosas tanto como una aspiración legítima. Desde entonces, el área de los tratamientos psicológicos se ha desarrollado considerablemente, sin que ello haya requerido un consenso manifiesto en torno a una definición explícita del área. No obstante, la búsqueda de una definición sistemática de la psicoterapia ha preocupado y sigue preocupando a los investigadores. Prueba de ello es el proyecto iniciado por la Fundación Milton Erickson, que llevaba el significativo título de «¿Qué es psicoterapia?» (Zeig y Munion, 1990). En este proyecto se preguntaba a un total de 81 autores, considerados psicoterapeutas ejemplares por sus

contribuciones al área, preguntas como las siguientes: ¿Cómo define la psicoterapia? ¿Cuáles son sus objetivos? ¿Cuáles son las premisas básicas y los supuestos subyacentes de su enfoque para facilitar el cambio? ¿Cuáles son los beneficios y los límites de su enfoque? El resultado de este proyecto es un libro heterogéneo y dispar cuya lectura anima a aplicar a la psicoterapia actual aquello que ya decía Aristóteles del ser: la psicoterapia será una, pero hoy por hoy se dice de muchas maneras.

La cuestión reside en que existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, y, en consonancia con ello, se da también una amplia gama de definiciones de psicoterapia (Wolberg, 1977, llega hasta 36). En la actualidad, la cifra podría ser sin duda más elevada. Muchas de estas definiciones están vinculadas a la conceptualización que hace del proceso y los objetivos terapéuticos un modelo determinado. Así, unas se basan en la resolución de la dinámica inconsciente, otras en el cambio de conductas observables, etc. Hemos seleccionado en la tabla 1 algunas definiciones que pretenden ser más formales o abstractas e incluir la actividad psicoterapéutica generada desde distintos modelos.

Tabla 1. *Una selección de definiciones generales de psicoterapia*

Psicoterapia es el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones... El término no implica la gravedad del desorden, la duración o intensidad del tratamiento o la orientación teórica del terapeuta. Pero el término se reserva para el tratamiento llevado a cabo por un profesional: psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social psiquiátrico (*Diccionario de términos psicológicos y psicoanalíticos* de English y English, 1958).

Dado que todas las formas de influencia personal pueden afectar el sentido de bienestar de una persona, la definición de psicoterapia debe ser, necesariamente, algo arbitraria. Consideraremos como psicoterapia sólo aquellos tipos de influencia caracterizados por:

1. Una persona que cura, capacitada y socialmente autorizada, cuyos poderes curativos son aceptados por el que sufre y por su grupo social o por una parte importante de él.
2. Una persona que sufre que busca alivio en la persona que cura.
3. Una serie de contactos circunscritos, más o menos estructurados, entre la persona que sufre y la que cura, por medio de los cuales el que cura, a menudo con la ayuda de un grupo, intenta producir ciertos

cambios en el estado emocional, las actitudes y la conducta del que sufre. Todos los implicados creen que estos cambios le ayudarán. Aunque pueden utilizarse accesorios físicos y químicos, la influencia curativa se ejerce principalmente por medio de palabras, actos y rituales en los que el que sufre, el que cura y el grupo —si existe— participan conjuntamente (Frank, 1961).

Psicoterapia: término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos (Asociación Psiquiátrica Americana, 1969).

Psicoterapia describe cualquier aplicación intencionada de técnicas psicológicas por parte de un profesional clínico con el fin de llevar a cabo los cambios de personalidad o conducta deseados (Korchin, 1976).

Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de 1) suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes; 2) intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y 3) promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad (Wolberg, 1977).

La psicoterapia es un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han resultado problemáticas para el individuo que busca ayuda de un profesional entrenado (Strupp, 1978).

Psicoterapia: tratamiento de dificultades emocionales y de personalidad con medios psicológicos (*Diccionario Enciclopédico de Psicología* de Harré y Lamb, 1983).

La psicoterapia es un método científicamente fundamentado de tratamiento de un paciente, una pareja, una familia o un grupo, y destinado a detectar conflictos inconscientes o experiencias fallidas y problemas, con el fin de ayudar al o los pacientes a alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad (*Diccionario de Psiquiatría*, Battegay *et al.*, 1984).

La psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de las vidas de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas (Zeig y Munion, 1990).

La psicoterapia es una relación especial culturalmente relativa entre un profesional de la asistencia y un individuo o grupo de clientes. Funcionando

desde una plataforma teórica que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y cariñosa en la cual y desde la cual el cliente puede explorar —a menudo por medio de rituales estandarizados— formas pasadas, presentes y posibles de experimentarse a sí mismo, al mundo y sus relaciones dinámicas (Mahoney, 1991).

... se entenderá por *psicoterapia* todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física, y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y niñas más pequeños hasta las personas de edad más avanzada. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas (FEAP-Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 1992).

Sin entrar en un análisis minucioso, la mayoría de estas definiciones concuerdan en identificar a la psicoterapia como un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional. Algunas definiciones resaltan el valor del proceso interpersonal entre cliente y terapeuta como característico de la psicoterapia. Otras destacan fines específicos en términos de la modificación de la personalidad del cliente, o de sus pautas de comportamiento, siendo en ello la de la FEAP bastante exhaustiva.

No obstante, en la actualidad, más que una definición del campo, los psicoterapeutas se plantean la necesidad de construir una metaperspectiva de la personalidad y la intervención, que abarque todo lo que hemos aprendido hasta ahora y que promueva el crecimiento y el desarrollo del área (Zeig y Munion, 1990). La construcción de esta metaperspectiva constituye lo que en este texto hemos denominado el reto de la integración, sobre el que volveremos en el capítulo final. Pero antes de entrar en los problemas implicados en la construcción de semejante metaperspectiva, hay que conocer los principales elementos de la psicoterapia.

1.2. El cliente

En un sentido operativo, el cliente o paciente[1] en psicoterapia es la persona que acude a los servicios psicoterapéuticos. Aunque resulta arriesgado hablar de un modo genérico del usuario de los servicios psicoterapéuticos dada su diversidad, con propósitos ilustrativos, se puede afirmar que lo que todas las personas que acuden a psicoterapia tienen en común es que experimentan algún tipo de dificultad, malestar o trastorno, que es lo suficientemente importante en sus vidas como para provocar un deseo consciente de cambio. Por lo general, antes de acudir a un psicoterapeuta, los individuos han intentado solucionar sus dificultades recurriendo a otras fuentes, tales como amigos, médicos, sacerdotes, etc. Habitualmente, los clientes expresan conflictos con otras personas y síntomas, tales como ansiedad, desesperanza, incomunicación con su compañero/a, conducta de evitación, insomnio, ideas obsesivas, amnesia, sentimientos de hostilidad, jaquecas, pérdida de apetito, falta de concentración, etc. Resulta común que estos sentimientos se expresen como algo «extraño a sí mismos», desconocido y que no pueden controlar; en consecuencia, es frecuente que los clientes acudan a la terapia con expectativas poco realistas, es decir, buscando que el terapeuta les dé «la» solución a sus problemas del mismo modo que el médico les receta una pastilla para su catarro. En este sentido es importante tener en cuenta que «el proceso de la terapia se diseña no para cambiar a los pacientes sino para ayudar a los pacientes a que se cambien a sí mismos» (Strupp y Butler, 1990, pág. 3).

1. El término «paciente» se utiliza más frecuentemente en el contexto asistencial, y refleja la visión del modelo médico. A nuestro juicio, este término conlleva (incluso etimológicamente) la imagen implícita de un enfermo que padece y un profesional que tiene medios para curar, con lo que el «paciente» queda relegado a una posición pasiva, contraria a lo que es deseable en una psicoterapia. Hemos optado por emplear el término «cliente» que no implica esta idea de pasividad, aunque no acaba de resultarnos satisfactorio por la imagen excesivamente mercantil que transmite. Por otro lado, el uso de uno u otro término viene también determinado por el modelo terapéutico del que se parte. Por ejemplo, el uso del término «cliente» se asocia generalmente al enfoque de Carl Rogers (véase modelos humanístico-existenciales), aunque hoy en día tiene ya un uso menos vinculado a este modelo.

Resumiendo, el cliente o usuario de los servicios psicoterapéuticos, desde el punto de vista práctico, es cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios en su forma de relacionarse consigo mismo y con el mundo; cambios que no puede realizar por sí mismo, ni recurriendo a las fuentes naturales de ayuda existentes en la comunidad, y que requieren la ayuda de una persona especialmente preparada.

Si nos situamos en la piel de la persona que tiene dificultades y se está cuestionando acudir a la consulta de un psicoterapeuta, vemos que se halla en una posición muy particular. Por un lado, tiene que poder admitir que ella no puede resolver la situación por sí sola, lo cual supone el reconocimiento de un cierto fracaso personal (o, por lo menos, un sentimiento de cierta incapacidad). Pero, por otro lado, va a ingresar en un proceso, el psicoterapéutico, en el que lo que interesa es incrementar el sentimiento de competencia personal. Así pues, en el mismo momento en que el cliente pide ayuda se coloca en la posición opuesta que se quiere conseguir con la psicoterapia. Esta situación, aunque puede no afectar a algunas personas que ven el hecho de pedir ayuda como una forma aceptable de resolver su problema, para otras puede resultar muy invalidante, hasta el punto de no acudir a psicoterapia en un intento de preservar *in extremis* su autoimagen.

Otro elemento a tener en cuenta respecto al rol del cliente es la ansiedad que puede despertar el hecho de iniciar una psicoterapia. Esta ansiedad puede relacionarse con la falta de referentes que existen en nuestra cultura sobre lo que es una psicoterapia. Por ejemplo, los esquemas (o *scripts*, para utilizar un término de la psicología cognitiva) acerca de lo que sucede en la consulta de un médico son mucho más conocidos que todos los que se referieren a lo que sucede en la consulta de un psicoterapeuta. Más aún, los indicadores culturales disponibles a través del cine o la literatura (o la experiencia de un amigo) son anecdóticos y, con frecuencia, despiertan expectativas poco realistas.

Teniendo en cuenta el complejo proceso por el cual una persona llega a convertirse en cliente de psicoterapia, hay varios enfoques terapéuticos que incorporan en su proceder un análisis de la demanda (Carli, 1987). Éste incluye tanto el proceso de decidirse a pedir ayuda como las expectativas iniciales y los procedimientos para ade-

cuar estas expectativas a la construcción de una relación terapéutica eficaz.[2]

Hasta el momento hemos hablado del cliente como la persona que sufre un problema o dificultad y que acude en demanda de ayuda. Sin embargo, existen muchos casos en los que la persona que solicita la psicoterapia no es la que sufre el síntoma, y otros en los que no se acude a psicoterapia por decisión e iniciativa propia sino por indicación o mandato de otros. Estos casos abarcan un amplio espectro, desde niños, menores de edad o incapacitados hasta la psicoterapia en contextos judiciales, pasando por las instituciones cerradas de salud mental. Por ello parece conveniente distinguir entre *demandante*, aquel que determina que es necesaria la intervención de un profesional de la psicoterapia, y *paciente identificado* (PI), el portador del síntoma o problema. Cuando demandante y PI no coinciden, la psicoterapia resulta mucho más compleja, de manera que se hace casi inevitable un análisis más completo del sistema o triángulo que se crea entre demandante, PI y terapeuta. En muchos de estos casos, el demandante es un miembro de la familia del PI por lo que el modelo sistémico (véase 3.5) propondría el trabajo con el sistema familiar, para poder encarar directamente las posibles distorsiones e interferencias que aparecerían en un trabajo estrictamente individual.

Como se desprende de lo que acabamos de decir, la figura del cliente no se refiere únicamente a un individuo concreto sino que puede incluir también a una pareja, una familia, un grupo o una

2. Hay autores que distinguen entre psicoterapia y crecimiento personal. Aunque esencialmente se trata de la misma actividad, al hacer esta distinción se reserva el término «psicoterapia» para aquellos casos en los que la demanda incluye la existencia de algún problema o dificultad específica. El crecimiento personal se ha propuesto, principalmente, por parte de autores provenientes del modelo humanístico-existencial (véase 3.2). Con este término se ha intentado fomentar una visión no patológica del cliente, que tiende a ser visto como un ser que posee en sí mismo la capacidad para desarrollar sus potencialidades. Resulta difícil trazar una frontera precisa entre psicoterapia y crecimiento personal. Con frecuencia, una demanda de crecimiento personal esconde dificultades adaptativas y problemas psicológicos relativamente graves. Otras veces, una vez terminada una psicoterapia centrada en un problema concreto, la persona desea seguir aumentando su autoconocimiento y realiza una demanda de crecimiento personal. En cualquier caso, la demanda de crecimiento personal entraña el peligro de mantener la relación terapéutica más allá de lo necesario. Hay que recordar que el objetivo en psicoterapia nunca es perpetuar la relación terapéutica, sino ayudar al cliente a que pueda caminar sin muletas, y encuentre los apoyos interpersonales necesarios en su ambiente natural.

institución. No hay duda de que cada uno de estos casos supone modificaciones lo suficientemente profundas como para ser tratadas con más especifidad, pero, de acuerdo con el tono general de esta obra, nos referiremos al cliente en un sentido genérico, aunque no por ello limitado al contexto individual.

1.3. El psicoterapeuta

La pregunta sobre quiénes son los que practican la psicoterapia en la actualidad puede plantearse, al menos, de dos formas distintas. Por un lado, puede plantearse desde el punto de vista de los requisitos formales que se requieren para ser socialmente autorizado como psicoterapeuta, área que abarca la formación profesional de los psicoterapeutas. Pero, por otro lado, también puede formularse desde el punto de vista de las características personales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta, área sobre la que existe en la actualidad un incipiente cuerpo de datos empíricos.

Con relación a los requisitos formales, conviene tener presente que, aunque el rol social del psicoterapeuta es muy antiguo, la profesión de psicoterapeuta es muy reciente. Hasta mediados de este siglo no se inició el proceso de institucionalización de la profesión de psicoterapeuta que, gracias al fuerte incremento de la demanda social, empieza a consolidarse en nuestros días. En este sentido, a la psicoterapia se le ha llamado la quinta profesión (Henry, Sims y Spray, 1971). Con esta expresión se han querido poner de manifiesto dos hechos: por un lado, que el papel de psicoterapeuta se ha ejercido tradicionalmente en el marco de la medicina, la pedagogía, la asistencia social y la religión, y por otro que, en la práctica, cada una de estas profesiones necesita recurrir actualmente a los conocimientos y técnicas psicoterapéuticas. Como Orlinsky (1989) ha señalado: «El hecho es que miembros de varias profesiones se capacitan, después de una preparación especial, para practicar la psicoterapia» (pág. 422). Considerar a la psicoterapia como la quinta profesión significa, en última instancia, reconocer tanto que la psicoterapia comparte aspectos importantes con las profesiones antes mencionadas, como que no puede identificarse correctamente con ninguna de ellas (Orlinsky, 1989). En definitiva, la psicoterapia tiende en la actualidad a consolidarse como una profesión autónoma.

Esta consolidación de la psicoterapia como profesión autónoma lleva consigo el problema de la formación del psicoterapeuta. Tradicionalmente, esta formación se ha venido realizando de un modo más o menos estructurado dentro de los contextos profesionales que habían asumido la psicoterapia entre sus funciones. En la actualidad, sin embargo, la formación de los psicoterapeutas tiende a consolidarse en el marco de la psicología científica. Para poder desempeñar su labor, los psicoterapeutas necesitan poseer conocimientos específicos sobre los procesos de aprendizaje, la dinámica de la personalidad, los procedimientos y técnicas de la evaluación psicológica, la psicopatología, los principios de la interacción social, los procesos cognitivos y emocionales, el desarrollo durante el ciclo vital, etc... Junto a estos aspectos básicos de la formación de los psicoterapeutas sobre los que existe un consenso razonable, existen otros aspectos que resultan específicos de cada modelo psicoterapéutico y sobre los que el consenso no es tan claro. Por ejemplo, desde el punto de vista psicoanalítico se considera imprescindible la realización de un psicoanálisis personal y didáctico antes de que el futuro psicoanalista pueda ejercer como tal. En resumen, podemos decir que, aunque la tendencia en la actualidad apunta hacia la formación de psicoterapeutas en el marco de la psicología científica, los principales argumentos en este campo se han desarrollado en el marco de los distintos modelos psicoterapéuticos y, por esta razón, los abordaremos con mayor detalle más adelante.

Con relación a las características personales de los que practican la psicoterapia, Guy (1987) ha realizado una interesante sistematización de la investigación sobre las características personales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta. Los datos en los que se basa esta revisión están extraídos de encuestas realizadas a psicoterapeutas profesionales. Este autor ha distinguido entre motivaciones funcionales, es decir, las que resultan beneficiosas para el ejercicio de la profesión, y motivaciones disfuncionales, que son las que pueden minar la eficacia psicoterapéutica y reducir la satisfacción profesional. Ambos tipos de rasgos se describen en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. *Motivaciones funcionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta* (adaptado de Guy, 1987)

— Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás.

Esta característica parece asociada con el aprecio por los aspectos creativos, expresivos y artísticos de la vida. También se ha descrito como un deseo de descubrir los aspectos más profundos de la vida y la experiencia humana.

— Capacidad de escuchar. Es uno de los principales instrumentos curativos del psicoterapeuta. Las personas inclinadas a convertirse en psicoterapeutas parecen tener una tendencia natural a disfrutar oyendo a los demás hablar de sí mismos, aunque esta habilidad también puede mejorar con una preparación adecuada.

— Capacidad de conversar. Los que devienen psicoterapeutas suelen tener buenas habilidades verbales y conversar les resulta reforzante y reconfortante.

— Empatía y comprensión. Estas personas son capaces de reflejar el significado y la motivación de la conducta, los pensamientos y los sentimientos de sí mismos y los demás.

— Capacidad de discernimiento emocional. El conocimiento y la aceptación de las propias emociones promueve una actitud natural y genuina que facilita la curación psicoterapéutica de los demás (Rogers, 1961); de igual modo, el trabajo del psicoterapeuta no sólo requiere tolerar un amplio rango de emociones, tristeza, ira, alegría, desilusión... sino que puede requerir también su facilitación.

— Capacidad introspectiva. La tendencia a la introspección en los psicoterapeutas puede ayudarles a facilitar la autoexploración del cliente (Rogers, 1951).

— Capacidad de autonegación. La capacidad de abnegación y de negación de las gratificaciones personales resulta beneficiosa para la práctica de la psicoterapia, en el sentido de que la tarea requiere que el terapeuta deje a un lado sus propias necesidades personales y se centre exclusivamente en las necesidades del paciente.

— Tolerancia a la ambigüedad. Entendida como la capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales y las explicaciones incompletas. Es importante para la práctica de la psicoterapia, ya que muchas situaciones vitales y existenciales no tienen a menudo una respuesta clara. El terapeuta debe tener la capacidad para resistir un cierre prematuro, dar respuestas rápidas o asumir una posición autoritaria ante el estado de confusión y crisis del cliente.

— Capacidad de cariño. Las personas que eligen la profesión de psicoterapeuta parecen poseer una actitud de paciencia y cariño hacia los demás, a menudo acompañada con una actitud no crítica que les permite aceptar a las personas como son.

— Tolerancia a la intimidad. El deseo de intimidad, contacto y cercanía con otras personas parece ser otra motivación importante de los que eligen esta profesión, que resulta beneficiosa para su práctica, porque el terapeuta eficaz debe ser capaz de tolerar una intimidad profunda durante largos períodos.

— Confortable con el poder. Aquellos que disfrutan sintiéndose en una posición de poder e influencia pueden sentirse atraídos por la profesión de psicoterapeuta, dado que pueden llegar a tener gran influencia sobre las vidas de sus clientes. Sin embargo, el psicoterapeuta eficaz debe saber evitar la trampa de sentirse omnipotente.

— Capacidad de reír. Aquellos que tienen un buen sentido del humor y disfrutan riendo con otros pueden sentirse cómodos en el papel de psicoterapeuta. Esta capacidad de reír es interesante para la práctica de la psicoterapia no sólo por la inherente cualidad tragicómica de muchas situaciones de la vida, sino también porque el humor, cuando se expresa en el momento oportuno, tiene ciertas propiedades curativas.

Tabla 3. — *Motivaciones disfuncionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta* (adaptado de Guy, 1987)

— Aflicción emocional. Varias investigaciones han puesto de manifiesto que muchos psicoterapeutas eligen esta profesión movidos por un deseo de alcanzar mayor comprensión de sí mismos, un mayor dominio sobre sus problemas personales y una autocuración de sus propios trastornos emocionales (Henry *et al.*, 1973). Esta motivación, sin embargo, puede ser perjudicial o beneficiosa para el ejercicio de la profesión en función de si el futuro psicoterapeuta consigue, a través de su formación, superar sus trastornos personales. La naturaleza misma de la formación en psicoterapia promueve la introspección, el discernimiento emocional y la reorganización psicológica. Si todo ello conduce a que el futuro psicoterapeuta alcance una resolución de sus propios traumas y un nivel superior de funcionamiento, entonces es posible que las personas que han sufrido personalmente altos niveles de trastorno psicológico sean los mejores psicoterapeutas (Blau, 1989). Sin embargo, si ello no es así, el futuro psicoterapeuta puede desarrollar un deseo mesiánico de compartir vicariamente la curación de otros cuando la propia parece inalcanzable. Esta actitud mesiánica puede ser totalmente contraproducente para el ejercicio de la profesión, porque puede distorsionar seriamente la distancia terapéutica.

— Manejo vicario. Bugental (1964) ha sugerido que muchos psicoterapeutas se deciden por esta profesión como una forma de tratar vicariamente con las contingencias y realidades de la vida. El psicoterapeuta puede así ponerse en la posición de ayudar a otros a superar cuestiones no superadas en su propia vida. Esta situación puede conducirle a adoptar una posición voyeurista en la relación terapéutica, que difícilmente puede beneficiar al paciente.

— Soledad y aislamiento. Varios estudios han revelado que una proporción considerable de psicoterapeutas habían realizado esta elección profesional

para superar una profunda sensación de soledad y aislamiento, provocada por circunstancias diversas (Henry *et al.*, 1973), y ofrecen la cifra de un 60 % de los varios miles de psicoterapeutas considerados en su estudio. La profesión de psicoterapeuta puede así ser elegida porque, debido a la unidireccionalidad de la relación, permite satisfacer la necesidad de contacto e intimidad en un contexto estructurado y seguro. Esta motivación, no obstante, resulta perjudicial tanto para el ejercicio de la profesión como para la vida personal del terapeuta.

— Deseo de poder. Como se mencionó antes, el deseo de tener un sentido de poder personal puede ser una motivación funcional para el ejercicio de la profesión, pero cuando el psicoterapeuta no consigue una distancia apropiada de este poder, la idealización del mismo que realiza el cliente puede producir en el terapeuta una tendencia general hacia la agresividad, el dominio y la explotación de los demás en sus relaciones personales. De igual modo, aquellos terapeutas que sienten una necesidad de influir, controlar o «convertir» a los demás, pueden tener dificultades a la hora de respetar el derecho y la responsabilidad del cliente de tener su propia opinión y autonomía y pueden convertir la relación terapéutica en una plataforma de debate, confrontación e influencia.

— Necesidad de amor. Como mencionamos antes la necesidad de expresar cariño y amor puede ser funcional para el ejercicio de la psicoterapia; sin embargo, también puede ser perjudicial cuando va acompañada de un afán mesiánico o cuando el psicoterapeuta entiende que su amor y aceptación, por sí mismos, son agentes curativos. La grandiosidad de esta actitud puede ser contraria a los intereses del paciente.

— Rebelión vicaria. Bugental (1964) ha indicado que algunos pueden sentirse atraídos por esta profesión porque ofrece una oportunidad segura para expresar sus necesidades de rebelarse y atacar a la autoridad. Esta actitud también resulta perjudicial para la práctica de la psicoterapia, porque puede conducir a recomendar a los clientes actitudes contrarias a la tradición que pueden, de hecho, funcionar en contra de los intereses de éstos.

Junto a los rasgos personales mencionados, la elección de la profesión de psicoterapeuta se ha estudiado también en relación con determinadas condiciones familiares. Como ya hemos indicado, muchos terapeutas admiten que entraron en la profesión buscando satisfacer una necesidad de intimidad. En el origen de esta necesidad suele haber experiencias de marginación social, económica o religiosa durante la infancia, de modo que muchos de estos futuros psicoterapeutas han crecido con una sensación recurrente de «ser diferentes» a

los demás. Aunque no existen estudios suficientes para poder hablar de un perfil característico de las familias de origen de los que eligen la profesión de psicoterapeuta, los datos citados por Guy (1987) indican que la madre normalmente se describe como la figura central de la casa, mientras que el padre es presentado como pasivo y sin una interacción emocional intensa con el hijo. Frecuentemente, se describe a la madre con una tendencia a comunicar al futuro psicoterapeuta sus propios problemas forzando, de este modo, en el niño el proceso de maduración emocional y cognitiva. También resultan frecuentes las situaciones en las que el futuro psicoterapeuta se ve implicado en los problemas entre los padres. Aunque hay que insistir en su carácter tentativo, estos datos, en resumen, parecen indicar que los futuros psicoterapeutas provienen de familias en las que la situación de reciprocidad emocional ha estado alterada por diversas circunstancias, facilitando así una forma de relacionarse con los demás en la que se es muy sensible a las necesidades de los otros, mientras a la vez se aprende a silenciar la expresión de las propias necesidades. Dado este estilo de interacción, la carrera de psicoterapeuta puede aparecer como la elección de algo lógico, confortable y familiar (Guy, 1987).

Aunque los datos que acabamos de mencionar pueden ser muy interesantes por lo que respecta a la cuestión de qué tipos de personas eligen la profesión de psicoterapeuta, no se centran directamente en los atributos y habilidades que debe poseer el buen psicoterapeuta o el psicoterapeuta eficaz. Y no conviene confundir ambas cuestiones. Lo que verdaderamente interesa, tanto para facilitar la formación de psicoterapeutas como para consolidar la propia profesión, es saber qué características y habilidades del terapeuta están asociadas con el proceso y el resultado de la psicoterapia. Por esta razón, desde sus inicios en los años cuarenta en el marco de la escuela de Rogers, la investigación empírica en psicoterapia se ha dirigido a aislar las variables del terapeuta asociadas con un buen resultado terapéutico. De hecho, esta escuela de investigación psicoterapéutica llegó a sostener que la implantación eficaz de las técnicas específicas debe descansar en las cualidades personales del terapeuta (Truax y Carkhuff, 1967). Este punto de vista en la actualidad ya no resulta representativo, porque, entre otras cosas, el avance de la investigación (véase el capítulo de «Aproximación metodológica») ha permitido «manualizar» los modelos terapéuticos de forma tal que el nivel de competen-

cia en la aplicación de las técnicas ha podido aislarse como una variable del terapeuta que ha mostrado tener una relación positiva con variables de éxito terapéutico (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986). Y el nivel de competencia no depende tanto de las cualidades personales del psicoterapeuta, como de su formación y práctica en el manejo de las técnicas psicoterapéuticas.

Hasta el momento nos hemos referido al terapeuta en un sentido unipersonal; sin embargo, para ser estrictos nos deberíamos referir al *sistema terapéutico* como entidad que puede incluir más elementos que el terapeuta. Por ejemplo, muchas psicoterapias, especialmente de grupo o familiares, contemplan el rol del *co-terapeuta*. Se trata de una figura que trabaja de forma coordinada con el terapeuta, pudiendo ser su relación muy variada: desde un trabajo paritario en el que los dos se sitúan al mismo nivel (hablaríamos entonces de dos co-terapeutas más que de terapeuta y co-terapeuta) hasta distintos grados de colaboración en los que el co-terapeuta adopta un papel más secundario (toma notas, se centra en tareas más específicas y limitadas, etc.).

Esto nos lleva a plantear un concepto más amplio, el de *equipo terapéutico*, que incluye una mayor gama de posibilidades. Este equipo se caracteriza por compartir parte de la responsabilidad terapéutica, bien asesorando al terapeuta a partir de sus comentarios acerca del estado del caso (en lo que comúnmente se conoce como sesiones clínicas), bien observando el proceso directamente (a través de un vídeo o espejo unidireccional) y eventualmente participando de modo simultáneo en dicho proceso (mediante consultas con el terapeuta durante la sesión o incluso con mensajes dirigidos directamente al cliente). Aunque han sido principalmente los terapeutas sistémicos los que han desarrollado estas modalidades, éstas constituyen aportaciones de un valor considerable para la psicoterapia en general.

La figura del *supervisor* cuenta con mucha más tradición. Pero quizá, para decirlo con más propiedad, tendríamos que referirnos al contexto de supervisión, puesto que se realiza también en grupo. La supervisión del trabajo terapéutico es un ingrediente necesario no sólo para los terapeutas principiantes sino que resulta un recurso importante a lo largo de la trayectoria de un psicoterapeuta. Consiste en una consulta de un caso a un terapeuta considerado más experto, sea por su mayor experiencia, prestigio, o simplemente por la distancia en la que se sitúa al no estar implicado directamente en el caso.

Generalmente se distingue entre supervisión directa, en la que el supervisor observa desde un monitor o espejo unidireccional el trabajo del terapeuta, y supervisión indirecta, opción mucho más frecuente en la que la consulta de supervisión se realiza con posterioridad y parte del relato del terapeuta.

En resumen, la característica más relevante del papel de terapeuta es que intenta ayudar al paciente. Como veremos en 4.3, disponemos de algunos datos acerca de las características del terapeuta eficaz. Sin embargo, no existe hoy por hoy un consenso claramente establecido sobre qué es lo que el terapeuta tiene que hacer para resultar útil, una pregunta quizás ingenua pero que, en realidad, encierra la complejidad de nuestra empresa. En un sentido general, independientemente de su orientación, es obvio que el terapeuta tiene que (a) formular alguna hipótesis acerca del problema del cliente y (b) tomar decisiones acerca de qué hay que hacer primero y qué hay que hacer después. Y tanto para (a) como para (b), el terapeuta necesita funcionar a partir de algún modelo terapéutico. Estas cuestiones, por tanto, las trataremos en el marco de los modelos terapéuticos. A continuación, abordamos el concepto de la relación terapéutica y su encuadre.

1.4. La relación terapéutica

La relación entre terapeuta y cliente es uno de los elementos distintivos esenciales de toda psicoterapia. Aunque existen muchos tipos de relación que pueden resultar de ayuda, como una charla con un amigo, un familiar, etc., el tipo de relación que se crea entre terapeuta y cliente es distinto. De hecho, para que la relación sea verdaderamente terapéutica, debe ser diferente de otras relaciones en la vida del cliente. La diferencia esencial reside en que se trata de una relación profesional: el terapeuta se interesa genuinamente por el cliente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. De su carácter profesional se desprenden otras características de la relación terapéutica, tales como su asimetría, su carácter retributivo y su encuadre.

La relación terapéutica es *asimétrica*, porque se inicia a partir de la demanda del cliente y se centra en sus necesidades. Además, al terapeuta se le retribuye por su trabajo. Este aspecto es importante,

porque el centramiento en la persona del cliente no debe suponer una actitud abnegada, sacrificada y altruista por parte del terapeuta. Ésta podría generar en el cliente un sentimiento de deuda contrario a la salud mental que espera obtener con la psicoterapia. Por ello es necesario y saludable que el cliente compense al terapeuta por su dedicación, bien sea mediante los honorarios que el profesional establezca de acuerdo con los baremos vigentes en el contexto profesional, bien sea mediante el sistema contributivo que sostienen los servicios públicos.

Asimismo, al ser una relación profesional, la relación terapéutica requiere una estructuración específica. Tradicionalmente, se ha utilizado la noción de *encuadre* terapéutico para hacer referencia al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Éstas incluyen los honorarios (en el contexto privado), la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realizan, las vacaciones, así como cualquier otro detalle que afecte al desarrollo de la psicoterapia. Al margen de otras consideraciones, la relación terapéutica resulta más útil cuando se establece con un encuadre preciso que contribuya a alejar la confusión de roles. También conviene indicar que existe un consenso generalizado en recomendar que terapeuta y cliente no mantengan ningún otro tipo de relación, ya sea comercial, profesional o personal, fuera de las sesiones terapéuticas. Así, a menudo resulta desaconsejable que el terapeuta acepte como cliente a un familiar, un amigo o un conocido, con quien mantiene una relación previa.

Independientemente del encuadre (externo), desde el modelo psicoanalítico se habla de encuadre interno, o de la actitud del analista, lo que nos llevaría a describir cuáles son las actitudes que este modelo considera necesarias para una adecuada relación terapéutica, como pueden ser actitudes neutrales y de reserva que faciliten el proceso transferencial (véase 3.1). Pero en este punto hay que destacar que los diferentes modelos terapéuticos sugieren visiones particulares de lo que debe ser la relación terapéutica, lo que no es de extrañar siendo éste un punto tan central tanto teórica como clínicamente. Así, por ejemplo, veremos que desde el modelo humanístico-existencial se destaca la calidez personal mediante las actitudes de empatía, consideración positiva y autenticidad del terapeuta (véase 3.2); desde el modelo conductual, aunque se enfatiza menos esta cuestión, se propone al terapeuta como objeto de modelamiento y

reforzador de las conductas apropiadas; desde el modelo cognitivo se propone una relación de guía orientador (véase 3.4); y el modelo sistémico sugiere que el terapeuta se sitúe en una posición de equidistancia con relación a las posturas de los distintos miembros de la familia (u otros implicados en el problema) (véase 3.5). Como puede verse, la relación terapéutica es un tema de crucial importancia teórica en psicoterapia, desde sus múltiples perspectivas.

Pero más allá de las particularidades propuestas por cada modelo, Bordin (1979) ha sugerido que la noción de *alianza terapéutica*, originada en el seno del modelo psicoanalítico, resulta en la actualidad ampliamente generalizable a los otros modelos. En efecto, este autor defiende que el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica es un factor de cambio esencial en todas las formas de psicoterapia, aunque su naturaleza particular varíe según la modalidad de terapia. Un primer componente de esta alianza es el *vínculo* establecido entre cliente y terapeuta. La calidad de este vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico. Por ejemplo, es muy distinto que el cliente sienta que el terapeuta es alguien con quien puede compartir todos sus problemas, que le apoya y que le va ayudar, a que sienta que es alguien que está juzgando su conducta.

Un segundo componente es el grado de acuerdo en los *objetivos* de la terapia. Se trata de si cliente y terapeuta orientan sus esfuerzos en la misma dirección. A veces, el cliente presenta un síntoma y está más interesado en resolverlo que en entender sus orígenes y causas. Si la meta del terapeuta es un análisis profundo del problema y sus orígenes, probablemente la alianza terapéutica no será muy buena. Igualmente, si el cliente está más preocupado por entender con profundidad su problema que por su resolución inmediata, y el terapeuta insiste en modificar únicamente el síntoma, la alianza no estará muy bien establecida.

Finalmente, el tercer componente, propuesto por Bordin (1979), es el acuerdo en las *tareas* de la terapia, es decir, en el acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Ciertamente, si cliente y terapeuta concuerdan en que la finalidad de la terapia es resolver una depresión, pero el terapeuta cree que la forma de hacerlo es explorando sus emociones y el cliente espera prescripciones directas, la alianza terapéutica no será muy positiva.

La visión actual de esta cuestión es que los tres aspectos, vínculo, acuerdo en los objetivos y en las tareas, no son independientes sino que se influyen mutuamente. Si el terapeuta concuerda con el cliente acerca de los fines de la psicoterapia y con los medios de alcanzarlos, es mucho más probable que sienta que el terapeuta puede serle de ayuda y le comprende.

Dada su enorme importancia, los estudios empíricos en psicoterapia han intentado investigar la relación terapéutica. Las preguntas esenciales han girado aquí en torno a saber cuáles son las condiciones esenciales para promover una relación verdaderamente terapéutica y cuál es la importancia de la relación terapéutica en el proceso de cambio (véase capítulo 4). Por ahora, para resaltar la importancia de que la relación terapéutica sea positiva y respetuosa, mencionaremos la conclusión de una conocida revisión de estudios del proceso terapéutico en relación con los resultados de la terapia, de Orlinsky y Howard (1986), en la que indican que

> los estudios hechos hasta ahora sugieren que la cualidad positiva del vínculo relacional, ejemplificado en las conductas interpersonales recíprocas de los participantes, está más claramente relacionado con la mejora del paciente que cualquiera de las técnicas de tratamiento particulares usadas por los terapeutas.

Aunque no deja de resultar arriesgado presentar esta conclusión sin matizar su alcance, sirve para ilustrar el carácter esencial de la relación terapéutica en la práctica.

1.5. El proceso terapéutico

Cuando hablamos de proceso terapéutico en sentido amplio, hacemos referencia al conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el inicio al fin de la psicoterapia. La concepción del proceso terapéutico depende, en gran medida, del modelo psicoterapéutico que se adopte. No obstante, existen algunos planteamientos que abarcan el proceso psicoterapéutico en general, es decir, independientemente de un modelo terapéutico específico. Se trata de concepciones muy abstractas y generales de las fases del proceso terapéutico.

Ya Rogers (1942) había propuesto un modelo general del proceso terapéutico que constaba de tres etapas básicas: catarsis, *insight* y acción. Carkhuff tomó este mismo modelo como punto de partida, pero enfatizando el papel de la tercera fase más de lo que hizo Rogers, y sometiéndolo a investigación empírica (véase p.ej., Carkhuff, 1969; Truax y Carkhuff, 1967). Según esta propuesta el cliente sigue las siguientes fases en el proceso terapéutico:

a) exploración de la situación;
b) comprensión de la situación en relación con los objetivos; y
c) actuación para conseguir los objetivos.

Carkhuff (1969) apunta que la terapia centrada en el cliente tiene su foco de aplicación en la primera fase, el psicoanálisis en la segunda y la modificación de conducta en la tercera.

Esta propuesta es interesante en la medida en que puede tomarse como un antecedente de la problemática introducida por los intentos de integración de las psicoterapias. Pero resulta difícil pensar que un mismo terapeuta pueda pasar de un enfoque centrado en la persona a uno psicoanalítico, y de ahí a la terapia de conducta.

En la actualidad, existen varios modelos secuenciales del proceso terapéutico, y a modo de ilustración expondremos el modelo de Egan (1986), que resulta especialmente útil a la hora de trabajar con problemas de ajuste, de falta de habilidades o con casos en los que el objetivo terapéutico puede operacionalizarse claramente.

El modelo de Egan (1986) constituye uno de los manuales sistematizados más utilizados en los EE.UU. para formar profesionales de la asistencia psicológica. Entre los aciertos del modelo figuran el recoger los datos más sobresalientes de la investigación psicoterapéutica, así como las aportaciones de la teoría de la influencia social (Strong y Clairbon, 1982) y el esquema seguido en el estudio de las habilidades de solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971). El modelo concibe la ayuda psicológica como un proceso secuencial en tres etapas, cada una de las cuales consta a su vez de tres pasos. En una representación esquemática, el modelo queda recogido en la tabla 4.

Tabla 4. *Modelo de Egan de las fases del proceso terapéutico* (adaptado de Egan, 1986)

Fase I:	identificación y clarificación de las situaciones problemáticas y de las oportunidades no utilizadas
	Primer paso I-A: ayudar a los clientes a contar su historia
	Segundo paso I-B: centramiento: la búsqueda de nivelación
	Tercer paso I-C: puntos ciegos y nuevas perspectivas
Fase II:	establecimiento de metas, y desarrollo y elección de escenarios preferidos
	Paso II-A: construcción de un nuevo escenario
	Paso II-B: evaluación de las metas de un nuevo escenario
	Paso II-C: elección y compromiso
Fase III:	acción, avance hacia el escenario preferido
	Paso III-A: descubrir estrategias de acción
	Paso III-B: elección de estrategias y desarrollo de un plan de acción
	Paso III-C: implantación de planes y logro de metas

A partir de esta secuenciación del proceso psicoterapéutico, Egan describe las habilidades que el terapeuta debe utilizar en cada fase así como las habilidades que deben ser entrenadas en los clientes. Por ejemplo, en la primera fase, el terapeuta tiene que responder al cliente de modo que facilite la exploración de su problema. Una vez explorado el problema, el cliente debe comprender sus implicaciones hasta conseguir una valoración adecuada de su situación. Cuando esto se consigue, se pasa a planificar la acción. Este esquema simple está pensado para compaginar dos estilos terapéuticos, el directivo y el no directivo. El segundo, en general, resulta más útil en las fases exploratorias del problema, en las que el objetivo es revelar aquello que está oculto, para lo cual la habilidad empática del terapeuta resulta apropiada. Sin embargo, a medida que el proceso terapéutico avanza, el terapeuta necesita recurrir a habilidades de un nivel superior para facilitar la comprensión del problema en todas sus dimensiones y para planificar la acción.

El terapeuta totalmente directivo iniciaría la terapia en la Fase III. En cambio, el terapeuta totalmente no directivo terminaría la

terapia al final de la Fase I o a comienzos de la Fase II. Egan cree que ninguno de los dos aprovechan al máximo las posibilidades de la psicoterapia. El terapeuta exclusivamente no directivo olvida los problemas suscitados por la acción y las dificultades del cliente a la hora de conocerse a sí mismo. El terapeuta totalmente directivo, aunque se preocupa de organizar la acción, olvida que, frecuentemente, ésta sólo es posible cuando se ha visto su necesidad y se han comprendido todas sus implicaciones. Por tanto, puede resultar adecuado adoptar una estrategia que comience por una actuación poco directiva encaminada a transmitir unas actitudes profundas de respeto y comprensión y, una vez establecidas las bases de una relación terapéutica implicada, proceder a una acción cada vez más directiva.

Pero esta estrategia no debe seguirse de una manera rígida. El modelo que Egan propone no es un fin en sí mismo, sino una orientación que puede ayudar sobre todo a los terapeutas poco experimentados. La realidad es mucho más compleja y variada de lo que los esquemas conceptuales intentan reflejar. En el caso de la terapia, no todos los clientes aceptan el mismo tratamiento, ni los problemas son unitarios. Por ejemplo, no siempre el conocimiento debe anteceder a la acción. Hay casos en los que el conocimiento se deriva de la acción: un estudiante que se siente rechazado porque no tiene amistades puede estar más dispuesto a explorar esta idea de sí mismo después de salir en compañía de otros a resultas de una indicación terapéutica. En este caso, el conocimiento de sí mismo cambia dialécticamente con la acción.

Por otra parte, la organización de las etapas puede sufrir modificaciones. Por ejemplo, cuando el cliente está planificando su acción (Fase II) puede descubrir nuevos problemas que antes no había sospechado. En este caso, el terapeuta deberá repetir el proceso de «exploración-comprensión-resolución» con relación a este nuevo problema, y esto puede repetirse muchas veces.

Tampoco hay que seguir rígidamente los marcos temporales señalados por las distintas etapas. Las primeras etapas se subordinan al fin comportamental y, por tanto, no deben prolongarse indefinidamente. Es más, puede haber ocasiones (por ejemplo, problemas comportamentales muy específicos) en las que la exploración y comprensión requieren poca atención.

La especificación del *contrato terapéutico* es un aspecto esencial del proceso terapéutico, que se situaría en la fase de atención, pero a

la vez supone ya una respuesta. Por supuesto, no nos referimos a un documento legal firmado por ambas partes sino a un acuerdo acerca del problema a considerar y la forma de tratarlo. Por tanto, el contrato terapéutico supone un plan de la terapia para poder construir el proceso posterior.

A nuestro juicio, el modelo de Egan (y en general la mayoría de los planteamientos sobre la psicoterapia) subestima el papel de los procesos previos a la llegada del cliente a consulta. Nos estamos refiriendo al proceso por el cual se realiza la búsqueda de ayuda, y la derivación. Por ejemplo, el análisis del proceso por el cual el caso llega a un servicio clínico determinado implica aspectos como la posición del derivante, su definición del problema, el prestigio del servicio al que se deriva, la relación profesional entre el derivante y el psicoterapeuta, y la explicitación de los pasos que se han seguido dentro del medio natural del sujeto (habitualmente la familia) para llegar a consulta. El papel de todos estos procesos puede ser a veces determinante, como ha puesto de relieve el análisis sistémico de estos aspectos (p.ej., Cancrini, 1988).

En resumen, la idea básica del modelo es fomentar una buena relación terapéutica en las fases iniciales adoptando una actitud no directiva y expresando respeto y comprensión, para proceder a partir de ahí a una acción más directiva que conduzca a un cambio de conducta que es el objetivo final del modelo de Egan. En la práctica, ya hemos visto que las etapas que sugiere este modelo deben entenderse de un modo flexible. Esta nota de precaución es necesaria, porque la realidad del cambio psicoterapéutico no siempre sigue una secuencia tan lógica como los modelos intentan plasmar.

CAPÍTULO II

LA APROXIMACIÓN HISTÓRICA

La psicoterapia hunde sus raíces en el hecho de que la vida humana es constitutivamente problemática, porque el hombre es siempre un naúfrago en el mar de lo que no sabe o no puede, como dijo Ortega. Además, el hombre es un ser intersubjetivo que depende de sus semejantes para sobrevivir en un mundo cambiante y sólo parcialmente conocido. Como en ninguna otra especie viva, la realidad intersubjetiva del hombre, basada en la coordinación de actividades entre los miembros del grupo, ha desplazado al mero ambiente físico. Este hecho ha determinado que la actividad humana siempre haya estado sujeta a patrones sociales de rol, por un lado, y, por otro, que desde el alba de la humanidad se hayan desarrollado procedimientos muy diversos para hacer frente a los problemas básicos del (con)vivir humanamente.

Los procedimientos utilizados a lo largo de la historia para hacer frente a los problemas de la convivencia humana han evolucionado junto con otros aspectos de la vida. A grandes rasgos, cabe distingir dos formas de ver la conducta anormal o desviada del grupo. La primera corresponde a un estadio pre-racional en el que la anormalidad se concibe como el producto de la voluntad de algún agente sobrenatural: antepasados, brujos, demonios, dioses... En la segunda, por otro lado, se considera que la anormalidad es el resultado de causas naturales. En función del predominio de una u otra concepción, los trastornos psicológicos han dependido de los intermediarios con lo sobrenatural o de los profesionales de la ciencia natural de la enfermedad mental.

La psicoterapia contemporánea aparece durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina. Su historia, en este sentido restringido, va

unida al reconocimiento de los determinantes psicológicos de ciertas neurosis. Para que ello fuera posible, hubieron de suceder dos cosas. Primero, que la enfermedad mental se desvinculara totalmente de las concepciones sobrenaturales, y segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general. A partir de aquí, fue posible aceptar la existencia de enfermedades capaces de disminuir al hombre en su humanidad, esto es, en su libertad y autonomía (Ey *et al.*, 1965). El camino recorrido hasta llegar a reconocer la enfermedad mental como un hecho natural que afecta a la humanidad del hombre, de hecho, corre en paralelo a la propia evolución de la civilización occidental, que promueve la libertad individual y los valores democráticos. En este capítulo abordamos las raíces, la emergencia, el desarrollo y la situación actual de la psicoterapia.

2.1. Las raíces de la psicoterapia

La psicoterapia hunde sus raíces en diferentes tipos de saberes, presentes en la cultura occidental, tales como la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Para poner de manifiesto los aspectos psicoterapéuticos presentes en estas tradiciones, hay que tener en cuenta que la reconstrucción del pasado de la psicoterapia es diferente de la reconstrucción de su historia. En este último caso, partimos de un concepto tácito y de un marco sociocultural con los que estamos familiarizados. En el primer caso, en cambio, al hablar de psicoterapia en otras épocas y otras sociedades —p. ej., la Grecia clásica— corremos el peligro de ignorar las distancias que nos separan de unos hombres y mujeres cuyas mentalidades eran diferentes de las nuestras. ¿Hasta qué punto podemos suponer que los griegos eran capaces de realizar, en su propia experiencia, distinciones equiparables a las que realiza el hombre del siglo XX?

De hecho, para realizar una reconstrucción cabal del pasado de la psicoterapia sería necesario partir de una historia de la praxis del vivir cotidiano. Desde esta perspectiva, las prácticas psicoterapéuticas formarían parte de los recursos o remedios que el hombre ha utilizado para salir (o hacer salir a otros) de situaciones vitales recurrentes. Habría que mencionar aquí remedios considerados normales dentro de determinados contextos, tales como las confesiones, las epístolas, las guías espirituales, etc. Aunque no es nuestro propósito

analizar la evolución de estos remedios, que en buena medida siguen teniendo vigencia, a continuación ofrecemos algunos ejes en torno a los cuales podemos situar el largo pasado de la psicoterapia.

2.1.1. La «psicoterapia» en las sociedades tribales

Las primeras explicaciones sobre la naturaleza y la vida están dominadas por metáforas sobrenaturales, místicas y míticas, que en buena medida todavía perduran. Estas metáforas corresponden a los primeros estadios de la evolución humana en los que el hombre vive de la caza y la recolección y, más tarde, de una incipiente agricultura. La característica esencial del funcionamiento humano en este estadio es la ausencia de límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza. Mucho antes de que el hombre se conciba a sí mismo como un ser claramente distinto de los animales y las plantas, «el hombre se ve a sí mismo como un eslabón en la cadena de la vida en general, cadena dentro de la cual cada ente está mágicamente ligado con el todo, de tal manera que no sólo parece posible sino necesario, como forma natural de la vida, el que se dé una constante transmutación de un ser en otro» (Cassirer, 1923, vol. II, pág. 221). En consecuencia, en este estadio, al igual que no hay una distinción clara entre el género humano y los géneros animales, tampoco existe una delimitación precisa entre el grupo humano en su conjunto y el individuo. En realidad, apenas resulta lícito hablar de conciencia individual como algo distinto de la conciencia tribal. Por esta razón, los remedios que se utilizan para hacer frente a lo que hoy llamamos enfermedad mental corresponden a actividades muy diversas que implican no sólo al enfermo y al curandero, sino al grupo social en su conjunto (Ellenberger, 1970; Frank, 1961; Sendrail, 1980).

En general, las prácticas que podemos considerar antecedentes remotos de la psicoterapia corresponden a una actitud animista, que ha sido estudiada empíricamente en ciertas tribus de Australia y África (Sendrail, 1980). Esta actitud consiste en la creencia en un principio distinto del cuerpo, el alma, que puede abandonar el cuerpo durante el sueño y también puede sobrevivir al cuerpo después de la muerte, reencarnándose en otros seres (metempsicosis). Las almas, por tanto, no están sujetas a las vidas de los cuerpos y su presencia se puede sentir en las cosas que rodean al hombre. De este modo, el

hombre vive en un mundo que está lleno de presencias, trampas, fantasmas, hechizos, demonios y encantamientos, que se mueven en un reino atemporal en el que no se distingue entre pasado, presente y porvenir. Como Sendrail (1980) ha indicado, «la enfermedad es en este caso esencialmente un fenómeno de posesión: un alma extraña o devoradora ocupa el lugar del alma del paciente» (pág. 33). En este estadio de la evolución humana, la experiencia clave es el terror y toda (psico)terapia consiste en la relación inmediata entre el sufrimiento y aquello que lo alivia (Sendrail, 1980).

Las prácticas curativas que podríamos llamar «tratamientos psicoterapéuticos» primitivos presentan numerosas variantes. Ellenberger (1970) ofrece una sistematización, en la que se incluyen prácticas como las siguientes: ceremonias para la restauración del alma, prácticas exorcistas, confesiones, curaciones por incubación, etc. Por ejemplo, en el caso de las ceremonias para la restauración del alma, encontramos la creencia de que el hombre posee dentro de sí una especie de doble o alma fantasma cuya presencia en el cuerpo es necesaria para su buen funcionamiento, pero que también puede abandonarlo. Estos abandonos ocurren en condiciones específicas, por ejemplo, en estados de intenso miedo o cuando se despierta bruscamente al que duerme o cuando el alma es robada por los fantasmas o los brujos. En estos casos, la curación se produce cuando el hechicero encuentra, casi siempre con la ayuda de instrumentos especiales, el alma perdida y la restaura al cuerpo al que pertenece.

En el caso de las prácticas exorcistas, la creencia es que los espíritus malignos han penetrado en el cuerpo del enfermo y han tomado posesión de él. Existen algunas variantes, pero los rasgos centrales de la posesión residen en que la identidad del individuo cambia; el individuo se convierte en otra persona, su fisonomía se transforma y se parece a la persona que supuestamente encarna y con voz alterada pronuncia palabras que corresponden al nuevo individuo. Las posesiones pueden ser espontáneas, es decir, pueden ocurrir en contra de la voluntad del sujeto, pero también pueden ser artificiales, es decir, cultivadas por medio de técnicas especiales, como la practicada por la pitonisa de Delfos o por ciertos chamanes siberianos. Se conocen al menos tres formas de enfrentarse a una posesión: la primera consiste en tratar de expulsar al espíritu maligno por medio de procedimientos mecánicos, por ejemplo, con rui-

dos y malos olores o incluso golpeando al poseído hasta hacerlo sangrar; la segunda consiste en transferir el espíritu maligno a otro ser, normalmente a un animal, y la tercera consiste en intentar extraer al espíritu maligno por medio de conjuros o procedimientos psíquicos (Ellenberger, 1970). De las tres formas, la tercera es la que la Iglesia católica retomó y normalizó, y que expondremos con cierto detalle en el próximo apartado.

Aunque las creencias primitivas todavía persisten en la actualidad en determinados contextos, históricamente, el círculo cerrado de la tribu comenzó a resquebrajarse hacia el siglo VI a. de C., período en el que se produjo un cambio respecto a las creencias primitivas. Este cambio no consistió tanto en la superación de las antiguas creencias como en que éstas dejaron paso a dos caminos distintos de conceptualización: las religiones organizadas y el pensamiento racional. Estas nuevas vías de conceptualización ocupan un vasto horizonte: Buda en la India, Lao-Tse en China, Tales de Mileto y Pitágoras en Grecia. Por divergentes que a primera vista puedan parecer, estas obras tienen en común el establecer una distinción entre este mundo (aparente) y el otro mundo (más real, verdadero, etc.) e implican la capacidad de distanciarse de la inmediatez de la situación presente. Todas ellas suponen, en definitiva, nuevas formas de ordenar la experiencia. «Tao» significa camino. Buda llama a sus enseñanzas la «tercera vía» y con Tales y su planteamiento acerca del «ser de las cosas» se prepara el terreno para el surgimiento del pensamiento racional (Zambrano, 1958).

Aunque el Tao ha servido de punto de reflexión para los psicoterapeutas existenciales modernos, y el panvitalismo de la tradición hindú ha dado origen a técnicas como el yoga y la meditación —técnicas auxiliares que están presentes en la psicoterapia actual—, no vamos a detenernos en ellas porque su presencia en las tradiciones que dan origen a la psicoterapia actual es tangencial.

2.1.2. La «psicoterapia» en Grecia y el mundo antiguo

El origen de la psicoterapia actual hay que situarlo en Grecia, donde surge el pensamiento racional y con él la tradición filosófica y la tradición médica. Laín (1958), en *La curación por la palabra en la Grecia clásica*, ha presentado la «psicoterapia» griega a la luz de la

transición entre los métodos característicos de la medicina mágica y la incipiente mentalidad racional. Paralelamente, se produce el desarrollo del alfabeto y la transición de la tradición oral a la tradición escrita.[3] La sociedad griega no sólo llevó a cabo esta transición hacia la racionalidad, sino que también la hizo explícita.

Así, en la obra de Aristóteles, el gran sistematizador de la cultura griega, se encuentran claramente establecidos y diferenciados los distintos usos de la palabra, que fue ampliamente utilizada en Grecia con fines curativos. A la palabra persuasiva se le llamó metafóricamente *ensalmo*, denominación que implica que el hombre cambia de condición bajo su influjo. Algunos sofistas, como Gorgias, propusieron incluso su aplicación técnica para la curación de algunas enfermedades. Platón, por otro lado, hizo interesantes observaciones sobre los efectos de la palabra sobre la vida anímica. Si el discurso es bello, produce un estado de armonía en todas las partes del alma (*sophrosyne*), que posee efectos somáticos beneficiosos y es la condición para que la acción de los fármacos sea eficaz al máximo (López y Morales, 1970). En efecto, la obra de Platón contiene algunas observaciones sobre las pasiones, los sueños y el inconsciente, que parecen antecedentes del pensamiento de Freud. Considérese, por ejemplo, la siguiente observación sobre las partes inferiores del alma que despiertan durante el sueño cuando la razón no está «en control»:

> (los deseos) que se despiertan durante el sueño, cuando esta parte del alma que es racional, pacífica y a propósito para mandar, está como dormida, y la parte animal y feroz, excitada por el vino y por la buena comida, se rebela y, rechazando el sueño, intenta escaparse y satisfacer sus apetitos. Sabes que en tales momentos esta parte del alma a todo se ofrece, como si se

3. Este aspecto es importante para comprender la aparición de la mentalidad racional. Con la palabra escrita, la experiencia acumulada de los que nos han precedido puede fijarse y el sujeto puede situarse frente a ella, hecho que hace posible la aparición de cierta distancia dentro de la cual la reflexividad puede aparecer. En la tradición oral, en cambio, la palabra hablada no es únicamente el vehículo mediante el cual las acciones en el presente pueden coordinarse, sino que es el único medio a través del cual puede transmitirse el saber acumulado en un grupo social. En consecuencia, la mayor parte del aparato cognitivo debe estar dedicado a la reproducción memorística de historias, que puedan ser recordadas al ser oídas, y que recojan la sabiduría acumulada en la experiencia de los que nos han precedido ante las situaciones recurrentes de la vida.

hubiera liberado violentamente de todas las leyes de la convivencia y del pudor; no distingue nada, ni dios, ni hombre, ni bestia. Ningún asesinato, ningún alimento indigno le causa horror; en una palabra, no hay acción por extravagante y por infame que sea, que no esté pronta a ejecutar (citado en Müeller, 1963, pág. 56).

Laín (1958) sostiene que si este punto de vista se hubiera cultivado sistemáticamente, el psicoanálisis habría surgido en Grecia. Sin embargo, las observaciones de Platón, al igual que la máxima socrática «conócete a ti mismo», no forman parte del intento de aprehender científicamente la estructura de la *psique* —propósito que sí guiaba a Freud—, sino que forman parte de concepciones éticas y políticas.

Por otro lado, hay que resaltar que las enseñanzas de los filósofos tenían lugar en contextos bien estructurados, como, por ejemplo, la Academia platónica, el Liceo de los aristotélicos o la Casa y Jardín de Epicuro en Atenas. Éstos fueron los ámbitos en los que se cultivaron las técnicas de autocontrol, concentración y recitación que, incorporadas a la mentalidad popular, han sobrevivido hasta nuestros días y que la moderna psicoterapia se está encargando de hacer explícitas. En la Grecia antigua, la adopción de una doctrina filosófica no implicaba únicamente una forma de pensar, sino que fundamentalmente exigía una forma de vivir. Para ser aceptado como miembro de la escuela, el aspirante tenía que atravesar un período de conversión o iniciación. En la práctica cotidiana, cada escuela filosófica había desarrollado métodos de entrenamiento psicológico para perseguir los ideales propuestos por el maestro o fundador de la escuela. Por ejemplo, en la escuela de Pitágoras (que es una verdadera escuela de transición en la cual los rasgos chamanísticos se funden con las incipientes concepciones científicas), junto al estudio de las matemáticas, la astronomía y la música, se seguían ciertas restricciones dietéticas y se practicaban ejercicios de autocontrol, de memorización y recitación.

Así pues, la tradición filosófica iniciada en Grecia aporta a la psicoterapia una concepción racional y un conjunto de argumentos y métodos para que la parte racional del ser humano, que hace posible la convivencia, predomine sobre la parte pasional/animal que, dejada en libertad, haría imposible la convivencia. Este criterio valorati-

vo, que prima la parte racional del ser humano, ha sobrevivido hasta nuestros días y se encuentra estructurado principalmente en torno a dos doctrinas éticas: la aristotélica y la estoica.

Cuando Aristóteles intenta hacer explícitos los principios que deben regir una vida feliz instaura la doctrina de *in medio virtus*, que ha prevalecido hasta nuestros días. Aristóteles argumenta que toda acción es fuente potencial de placer si se ejerce conforme a la naturaleza del ser que la realiza. En el caso del ser humano, su naturaleza es ser racional, lo cual le inclina al ejercicio de la recta razón. La virtud reside en el justo medio entre dos extremos viciosos; por ejemplo, el valor es mejor que la cobardía y que la temeridad, la generosidad es preferible a la avaricia y a la prodigalidad, etc.

La solución estoica para la vida feliz viene a ser más radical, porque consiste en prescindir de las pasiones por considerarlas irracionales. Según los estoicos, el hombre debe vivir ajustado al orden del mundo que está determinado por la Razón universal. Las pasiones son excesos irracionales que pueden conducir a la «enfermedad del alma». Siguiendo el principio cognitivo de que no son las cosas las que nos afectan, sino las representaciones que tenemos de ellas, los estoicos concibieron las pasiones como representaciones falsas o engañosas de las cosas. En consecuencia, para alcanzar la «apatía» o impasibilidad, estado de auténtica libertad, el hombre debe aprender a controlar las pasiones, lo cual se consigue borrando las representaciones falsas que perturban el buen juicio. En la práctica, los estoicos aprendían a controlar las pasiones por medio de ejercicios escritos y verbales de concentración y meditación. Por ejemplo, elegían un tema y trataban de disociar el objeto de todas las opiniones, temores y recuerdos que se habían asociado con él. Los estoicos practicaron también la consolación, que consiste en un discurso (hablado o escrito) dirigido a una persona afligida —en los escritos de Séneca abundan los ejemplos de este género.

Por otro lado, Grecia es también una de las cunas de la tradición médica occidental. La emergencia del pensamiento racional introdujo cambios notables en la clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. De la obra de Hipócrates (s. IV a. de C.), *Corpus Hippocraticum*, compuesto por 70 tratados, se ha dicho que es a la medicina lo que la filosofía es al mito. Hipócrates sistematizó conocimientos de fuentes diversas: la medicina sacerdotal, vinculada al culto a Esculapio, la escuela pitagórica, las tradiciones médicas de

Egipto y la India y las concepciones cosmológicas de los filósofos de su tiempo. En contraposición a las concepciones mágicas que atribuían las enfermedades a agentes externos, Hipócrates las localizó en estados internos del organismo. En consonancia con los principios radicales de la naturaleza propuestos por los filósofos (fuego, tierra, agua y aire) a los que correspondían cualidades específicas (calor, sequedad, humedad y frialdad), se postuló la existencia de cuatro «humores» (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) localizados en órganos específicos (corazón, cerebro, hígado y bazo) y asociados a temperamentos específicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).

La salud se concibió como un estado de armonía o equilibrio (*crasis*) entre los cuatro humores y la enfermedad como un desequilibrio de los mismos (*discrasis*). Y, lo que es más importante, la curación se consideraba obra de la naturaleza, lo único que el médico debía hacer es ayudarla en su lucha por restablecer el equilibrio. Esta naturaleza se consideraba únicamente en términos somáticos. En consecuencia, aunque los hipocráticos eran conscientes de la importancia de ganar la confianza del enfermo y de la influencia del estado de ánimo sobre la salud, no indagaban en las posibles motivaciones psicológicas del trastorno. La importancia de este hecho ha sido puesta de manifiesto por López y Morales (1970):

> Esta limitación va a ser decisiva para la historia posterior de la medicina científica. Durante casi dos milenios y medio el conocimiento y aprovechamiento técnico de la terapéutica psíquica no llegó a tener verdadera existencia en la medicina científica occidental. En este terreno, la actividad del médico quedó prácticamente reducida a los procedimientos roborantes[4] y de adquisición de la confianza del enfermo (pág. 95).

Los esquemas básicos de la medicina hipocrática fueron desarrollados por Galeno (128-200), cuya obra está considerada como la síntesis de la medicina antigua y determinó la práctica médica hasta la Edad Moderna; de hecho, no fue hasta el siglo XVIII que los trabajos de Boerhaave, Hoffman y Stach la desplazaron de los esque-

4. «Roborante: aplicable a lo que robora o da fuerza. Término utilizado en medicina» (Diccionario María Moliner).

mas oficiales de la medicina (López y Morales, 1970). Galeno distinguió entre cosas «naturales» (elementos radicales, humores, temperamentos y facultades), cosas «preternaturales», esto es, que están en contra de la naturaleza (la enfermedad, sus causas y síntomas), y cosas «no naturales», es decir, que no pertenecen a la naturaleza humana. Estas últimas pueden ser de seis géneros: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones y movimientos del ánimo. Estas cosas no naturales pueden ser causas externas de la enfermedad y constituyen la base de la terapia.

La enfermedad es para Galeno una disposición preternatural del cuerpo por la cual están alteradas las funciones vitales. El médico puede ayudar a la naturaleza a curar alterando las seis cosas no naturales. Como hemos visto, éstas incluían los movimientos del ánimo que podían alterarse por medio de la acción del médico; así, por ejemplo, el médico podía provocar ira en las enfermedades de naturaleza humoral fría, para combatir con su calor la causa de la enfermedad. Por otro lado, en su *Tratado de las pasiones del alma y sus errores*, Galeno distinguía dos clases de pasiones, las sanas y las enfermizas. Entendía que las primeras eran competencia de la moral, pero reclamó para la medicina las segundas. Para curar a estos últimos enfermos, Galeno acude a la razón; aconseja alcanzar la serenidad e impone a estos enfermos una especie de tutor, pedagogo, censor y guardián porque, aun reconociendo que el consejo es mejor, reconoce que «resulta insuficiente en la mayoría de los casos».

2.1.3. La aportación del cristianismo

Durante la Edad Media, el modelo galénico, que se concentra en las seis cosas no naturales y que reduce el papel de lo psicológico a mero soporte moral, sobrevivió. A lo largo de este período, fue la Iglesia la que jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural, en este caso, del diablo. Los tratamientos «psicoterapéuticos», por tanto, iban desde la oración hasta la hoguera, pasando por la tortura y el exorcismo. La enfermedad mental se interpretó como el resultado de la posesión por el Otro, el diablo. La lógica de este argumento reside en la misma doctrina neotestamentaria que simultáneamente constituye el fundamento de la vida interior (y la libertad) del hom-

bre y de la existencia del pecado y del diablo. Veamos estos argumentos con mayor detalle.

La vida interior se origina con la doctrina neotestamentaria, según la cual el hombre no sólo puede pecar con su conducta, sino también con su «corazón», de modo que lo verdaderamente decisivo para la vida moral (y religiosa) es la secreta (y libre) intimidad de cada hombre, es decir, su vida interior. Esta doctrina tiene su fundamento en las palabras del *Génesis*: «Dios creó al hombre a su imagen y semejanza». Y dado que Dios es espíritu puro, que ha creado el mundo *ex nihilo* y que trasciende el mundo por Él creado, resulta que la intimidad de cada hombre puede también trascender el mundo. La posibilidad de esta trascendencia depende de la comunicación con Dios, en función de la cual el hombre puede renovarse, «bebiendo en la fuente de la vida», a pesar de que su cuerpo y su *psique* envejezcan y se deterioren (Laín, 1961).

La implantación de esta doctrina es un hecho de una importancia decisiva en la historia de la convivencia humana, porque con ella cambia la concepción del hombre (Laín, 1961). Mientras un griego ve en otro individuo a un ser vivo, un producto de la común naturaleza, un cristiano ve una realidad emergente de la nada dotada de un centro cuasidivino por el cual puede deificarse o pecar.

Esta doctrina, no obstante, posee en su mismo planteamiento una contradicción esencial que es la siguiente: si el hombre en su intimidad, en su sustancia más pura y verdadera, es imagen de Dios, ¿cómo es que el hombre puede pecar? Es evidente que si actuara conforme a su constitución cuasidivina, no pecaría. Y la respuesta de san Pablo ante este problema es la siguiente: «No soy yo quien obró aquello (el mal obrado); quien obró es el pecado que habita en mí» (Laín, 1961). De este modo, el camino para atribuir todo aquello que fuera contrario a la ley de Dios a la presencia del diablo quedaba abierto. En este contexto, dos aspectos resultan especialmente relevantes para la historia de la psicoterapia. Por un lado, los recursos para comunicarse con Dios, especialmente la instauración del procedimiento de la confesión, y, por otro, los recursos para evitar el pecado, cultivados especialmente por las órdenes religiosas.

La confesión es un procedimiento cuyo origen se remonta a las «psicoterapias» primitivas. En el ámbito de la tribu, la confesión es pública y se utiliza ante la ruptura de un tabú (Ellenberger, 1970; Frank, 1961). Sin embargo, en el ámbito de la tradición cristiana, la

confesión es el vehículo de expresión y configuración de la vida interior. En este sentido, el paradigma de la confesión fue establecido por san Agustín en el siglo IV con sus *Confesiones*, en las que se expone por primera vez un proceso de cambio personal (véase Miró, 1990).

Por otro lado, la Iglesia cultivó procedimientos estructurados para implantar las virtudes cristianas, sobre todo por la vía de los ejercicios espirituales, a través de la cual se perpetuaron las enseñanzas de la antigüedad. Aunque las guías prácticas para el desarrollo de las virtudes cristianas aparecieron durante la Edad Media, proliferaron en el Renacimiento, época en la que la Iglesia católica se vio presionada por la Reforma. Especialmente ilustrativos de principios psicoterapéuticos utilizados por la Iglesia católica resultan *El tratado de la victoria de sí mismo*, del teólogo dominico Melchor Cano, y *Los ejercicios espirituales*, de Ignacio de Loyola.

El tratado de la victoria de sí mismo es representativo de la visión más tradicional. Su propósito es ofrecer remedios para vencer a los vicios de la gula, la lujuria, la ira, la acidia (u holgazanería), la pereza, la avaricia, la soberbia y la envidia. Para ello, Cano recomienda evitar aquellas cosas que nos apartan de una vida recta, entre ellas las siguientes: «Dormir en blanda cama, comer delicados manjares, vestir muy sutiles y delgados lienzos, ataviarse de preciosas y olorosas ropas, en fin, vivir vida regalada». Para no caer en una «vida regalada», Cano propone retiros espirituales periódicos, en los que el cristiano se ocupe de reflexionar sobre su propia vida, a solas con Dios. Esta reflexión está encaminada para conocer los vicios para poder vencerlos por separado comenzando con «el que más nos fatiga, y vencido aquél daremos tras el otro». Cano recomienda también estar a punto para distinguir «la calidad del pensamiento que nos ocupa; que algo es vano como de guerras y otras cosas impertinentes; algo superfluo, como de pérdida de hacienda, de hijos, de deudos y otras semejantes desgracias... pues con pensar en ellas no se da remedio» (citas tomadas de Gaos, 1971, pág. 107). Es posible observar en este planteamiento antecedentes claros de técnicas terapéuticas; tales como la autoobservación, la detección de los pensamientos automáticos, la construcción de jerarquías, el fomento de pensamientos alternativos. Sin embargo, desde el punto de vista psicoterapéutico, la propuesta de Cano no va más allá de ser un conjunto de remedios parciales. Cano, en definitiva, entiende que la «naturaleza» humana

es débil y que no puede cambiar, de modo que la tarea de vencerse a sí mismo es la tarea de toda la vida. De hecho, todas sus recomendaciones se resuelven en una: «persevera».

La propuesta de Ignacio de Loyola, por el contrario, parte de la firme creencia de que es posible cambiar. Para ello, propone realizar unos ejercicios intensivos y muy estructurados durante un período de unas cuatro semanas bajo la guía de un experto. Sus *Ejercicios Espirituales* ofrecen instrucciones específicas no sólo sobre el contenido y la forma de llevar a cabo los ejercicios, sino también sobre qué actitudes deben acompañar a la realización de los actos cotidianos, como dormir, vestirse, comer, etc. De este modo, durante el período que duran los ejercicios es la totalidad de la persona la que se encuentra bajo dirección y forzada a plantearse tanto el papel que ha desempeñado hasta ahora como el que va a desempeñar a partir de ahora. A modo de prueba de la eficacia de estas técnicas, fundamento de la espiritualidad activa de la Compañía de Jesús, se puede considerar la expansión que la Compañía realizó durante este período, en el que logró su implantación en diversos ámbitos de la sociedad, desde la educación de los hijos de las clases dirigentes hasta el establecimiento de misiones en Extremo Oriente, Japón, China y California (Gaos, 1971). Desde el punto de vista psicoterapéutico destaca la utilización de jerarquías, la disociación, la imaginería mental, la comparación y, sobre todo, el nivel de estructura y especificidad.

No obstante, junto a estos aspectos positivos, hay que reconocer que la actitud de la Iglesia católica ante la enfermedad mental y ante todo pensamiento libre durante la Edad Media fue despótica e inhumana, como lo muestran las prácticas inquisitoriales y la creación de ciertas instituciones como la de *St. Mary of Bethlehem*, en el área londinense, en la que los «locos» eran exhibidos como objetos de recreo y diversión. Una excepción notable durante este período la constituye el padre Gilaberto Jofré, que en el siglo XV dirigió el primer nosocomio en Valencia (inaugurado en 1410), tratando a los enfermos con dietas, ejercicios al aire libre y lo que hoy podríamos llamar terapia ocupacional. Su enfoque no estaba exento de las influencias de la medicina oriental, preservada en España a través del islam, que correspondía a una concepción holista del ser humano y que llevaba consigo una forma que podríamos denominar ecológica, preventiva, psicosomática e ideográfica (en términos actuales) de entender la enfermedad y la relación terapéutica.

2.1.4. El Renacimiento y la humanización de la diferencia

Con el Renacimiento se empezaron a oír los primeros testimonios contra la consideración de la enfermedad mental como una posesión diabólica. Algunos de estos testimonios procedían de médicos que, habiendo servido como especialistas en los tribunales de la Inquisición, se atrevieron a distinguir entre los que habían perdido la razón por influencia del demonio, cuyos únicos caminos eran el exorcismo o la pira, y los que la habían perdido por un desorden mental, en cuyo caso eran competencia del médico. Esta distinción crucial fue obra de pioneros como J. Wier, A. Paré, F. Plater, y más tarde elaborada por P. Zachias, T. Willis, D. Sennert, Boerhaave, precursores de la psicopatología moderna.

No obstante, resulta algo paradójico que el siglo XVI, período de recentramiento en el hombre —y descentramiento de Dios—, coincida con el período más activo de «caza» de brujas, demonios, fantasmas y diablos. Por ejemplo, el *Malleus maleficarum* (El martillo de los maleficios) tuvo 34 ediciones entre 1486 y 1669 (citado en Sendrail, 1980). Sendrail (1980) sostiene incluso que la patología psíquica dominante durante el siglo XVI fue el satanismo. Este hecho, sin embargo, resulta más comprensible cuando se tiene en cuenta que el siglo XVI es una época de tremenda transformación social. Las guerras, la peste negra, el hambre y la sífilis (traída por Colón del Nuevo Mundo) estaban provocando estragos entre la población. La vida cotidiana europea estaba dominada por la angustia, el sufrimiento y la obsesión por la muerte. También resultaban comunes las posesiones diabólicas y las prácticas exorcistas. A modo de ilustración de estas prácticas citaremos la figura del padre Gassner, al que se le ha calificado como el mayor exorcista de todos los tiempos.

El padre J.J. Gassner (1722-1779) fue un humilde sacerdote austríaco que viajaba por Europa curando enfermedades y arrastrando multitudes. Distinguía dos tipos de enfermedades, las «naturales», que eran cosa de los médicos, y las «preternaturales», que eran cosa del demonio. Él sólo tenía competencias sobre estas últimas. Para saber si una enfermedad pertenecía a su ámbito, Gassner conjuraba al demonio pidiéndole que los síntomas de la enfermedad se manifestaran; si esto se producía, entonces había que proceder a un exorcismo que requería la fe del paciente en Jesucristo; en caso con-

trario, se le recomendaba al paciente que fuera a ver al médico. Como Ellenberger (1970) ha mostrado, el exorcismo es una práctica psicoterapéutica bien estructurada, cuyas características se resumen en la tabla 5.

Tabla 5. *Características de las prácticas exorcistas* (adaptado de Ellenberger, 1970)

(a) el exorcista habla en nombre de un ser superior;
(b) el exorcista debe confiar plenamente en la realidad de la posesión y en el poder del ser superior;
(c) el exorcista se dirige al intruso de una forma solemne, como corresponde al ser superior que representa;
(d) el exorcista da coraje al individuo poseído y le salvaguarda de las amenazas del intruso;
(e) el exorcista se prepara para su tarea con oraciones y ayuno;
(f) el exorcismo debe realizarse en un lugar sagrado y en presencia de testigos (que no de curiosos);
(g) el exorcista invita a hablar al intruso y mantiene con él largas discusiones que pueden durar semanas o meses;
(h) el exorcista corre el peligro de quedar infectado por el espíritu que expulsa del paciente.

Paralelamente a la existencia de estas prácticas, como indicábamos antes, se va produciendo la progresiva «humanización» de la enfermedad mental. En la tabla 6 se resumen los pasos principales de este proceso. Estos pasos engloban la desvinculación progresiva de la enfermedad mental de las concepciones sobrenaturales, por un lado, y, por otro, el progresivo acotamiento de la enfermedad mental dentro del ámbito de la psicopatología.

Tabla 6. *Breve sinopsis de la humanización de la enfermedad mental* (adaptado de Sendrail, 1980, y López y Morales, 1970)

1410, G. Jofré funda en Valencia el primer manicomio
1564, J. Wier distingue entre posesión diabólica y enfermedad mental
1573, A. Paré especula sobre el carácter hereditario y las posibles causas materiales de las enfermedades mentales

1583, F. Plater describe la melancolía y la hipocondría
1583, Gazoni propone que los locos sean recogidos en hospitales
1624, Zacchias insiste en que los locos deben depender sólo del médico
1667, T. Willis publica los primeros tratados de neuropatología. Describe la epilepsia, la histeria y la hipocondría como trastornos del funcionamiento nervioso
1682, T. Sydenham profundiza en la patogenia estrictamente nerviosa de la hipocondría y la histeria, y plantea la necesidad de realizar una clasificación nosológica
1769, W. Cullen acuña el término «neurosis» para las enfermedades que dependen directamente de las alteraciones del sistema nervioso
1789, Pinel propone una interpretación anatomoclínica del concepto de neurosis
1793, Pinel rompe las cadenas de los alienados en Bicetrê e introduce el tratamiento moral

---

Durante esta época los tratamientos médicos recomendados para los problemas histéricos se diferenciaban poco de los procedimientos antiguos. Las recomendaciones consistían en curas de reposo en un sanatorio, masajes e hidroterapia, electroterapia, etc.

El tratamiento moral introducido por Pinel al filo de la Revolución Francesa constituye un paso importante hacia la humanización de la enfermedad mental. Este movimiento terapéutico respondía principalmente a dos cosas: a) la reforma de la asistencia psiquiátrica que siguió a la Revolución y b) una concepción optimista de las enfermedades mentales, que veía en las pasiones las causas más importantes de la locura. El fundamento teórico del movimiento provenía de los escritos de Cabanis, representante médico de los ideólogos influidos por Condillac, quien había ofrecido explicaciones acerca de cómo ciertas impresiones morales pueden tener consecuencias sobre el cuerpo. A pesar de todo, el tratamiento moral no iba más allá de los esquemas terapéuticos tradicionales, basados en las seis cosas «no naturales». Recomendaba cosas tales como ambientes placenteros, compañías agradables, un régimen de vida conveniente, música, ejercicio, contacto con la naturaleza, consuelo del enfermo, y manejo de las pasiones suscitando otras que se opongan a las causantes de la enfermedad y procurando ejercer el dominio de la razón sobre las ideas mórbidas que las originaban (López y Morales,

1970). Pinel, por otro lado, asignaba gran importancia a la relación del médico con el enfermo. Recomendaba que los centros donde se practicara este tratamiento fueran pequeños y se animaba al personal a que conociera los problemas del enfermo. Según parece, este tratamiento tuvo considerable éxito, según los datos que cita Bockoven (citado por Kazdin, 1978), que indican un porcentaje de altas superior al 70 % en su pequeño hospital (aunque poco sabemos de los criterios de selección de los pacientes ni de la gravedad de sus alteraciones). A pesar de todo, el tratamiento moral ofrecía, en definitiva, un tratamiento más humanitario que psicoterapéutico, puesto que sin una concepción psicogénica de las alteraciones mentales poco más podía hacerse.

2.2. La aparición de la psicoterapia

La psicoterapia, en sentido estricto, aparece durante el último cuarto del siglo pasado.[5] Éste es un período en el que los descubrimientos se suceden con rapidez y los conocimientos acumulados en el pasado comienzan a ser vistos bajo una nueva luz: la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogénica de la neurosis. Tal como afirma Caparrós (1983), «sin una auténtica psicogenia no es posible una auténtica psicoterapia» (pág. 88). Aunque el problema de la influencia de la mente sobre el cuerpo preocupaba a los médicos,[6] la vía que hizo posible la aparición de la psicoterapia se desarrolló al margen de los esquemas de la medicina oficial y sólo hacia finales del siglo pasado se integró dentro de ésta. La descripción de este proceso,

5. El adjetivo «psicoterapéutico» posiblemente aparece por primera vez en un trabajo titulado «Faith Healing and Fear Killing» publicado en el *Contemporary Review* en 1887, escrito por F. Cobbe, en el que se defendía el papel de la fe en el proceso de curación.

6. Por ejemplo, en *Elementa Physiologiae*, de Haller, 1757, considerado como el primer gran tratado de la fisiología moderna, se recogen observaciones sobre las consecuencias que los fenómenos psíquicos producen por vía nerviosa en las fibras musculares, en las secreciones, la circulación, etc. Por otro lado, J. Gregory, catedrático de medicina de la Universidad de Edimburgo, en 1765 hablaba de «la indecible pérdida que significaba para los médicos el no haber tenido en cuenta, por lo general, las leyes peculiares de la mente y de su influencia sobre el cuerpo» (citado en López y Morales, 1970).

que culmina con la formación del psicoanálisis, es lo que nos va a ocupar en este apartado.

2.2.1. Del magnetismo animal a la hipnosis: el largo camino hasta la psicogenia

La importancia de la hipnosis en la historia de la psicoterapia es clara porque representa el vínculo de unión entre las curaciones pre-psicológicas de la antigüedad y el psicoanálisis, entre los fenómenos de posesión por el Otro (con «o» mayúscula, el diablo) y los fenómenos de posesión por el otro (con «o» minúscula, el inconsciente).

La historia moderna de la hipnosis comienza con el controvertido asunto del magnetismo animal. Van Helmont (1577-1644), influido por Paracelso, había postulado la existencia de un fluido al que la voluntad podía guiar para influir en la mente y en el cuerpo, y al que llamó «magnetismo animal». Pero la verdadera historia del magnetismo animal comienza con F.A. Mesmer (1734-1815), un médico vienés. Aunque sus teorías fueron rechazadas y sus procedimientos psicoterapéuticos resultaron polémicos, y aunque, en conjunto, su figura quede más cerca del antiguo mago que del psicoterapeuta moderno, Mesmer proporcionó un impulso clave para el desarrollo de la psicoterapia. En esencia, su contribución consistió en presentar lo que hasta entonces se había considerado como cosa del diablo y de las brujas, como cosa de la ciencia. Rechazó las prácticas exorcistas, aunque éstas le proporcionaron su punto de partida, en especial las practicadas por Gassner.

Mesmer, hijo de la Ilustración, intentó moldear su pensamiento siguiendo las modas científicas de su tiempo: la electricidad, el magnetismo y la astronomía. Presentó su teoría en 27 puntos que pueden resumirse en las siguientes tesis (Ellenberger, 1970):

1. Existe un fluido físico que llena el universo y que es el vehículo de unión entre el hombre, la tierra y los astros, y también entre hombre y hombre.
2. La enfermedad se origina a causa de una distribución desequilibrada de este fluido en el cuerpo; la recuperación se logra cuando se restaura el equilibrio.

3. Con la ayuda de ciertas técnicas este fluido puede canalizarse, almacenarse y transmitirse a otras personas.
4. De este modo, se pueden provocar «crisis» en los pacientes y curar las enfermedades.

En un primer momento, Mesmer pensó que los imanes podrían ser el vehículo adecuado para restaurar el fluido desequilibrado y empezó a experimentar con las posibilidades terapéuticas del magnetismo. Su primer éxito terapéutico lo tuvo con una mujer que presentaba síntomas extraños, entre los que figuraban dolores de cabeza, parálisis, vómitos y paroxismos de rabia. Para corregir los desequilibrios del fluido de su cuerpo, Mesmer colocó en éste imanes, le administró un brebaje con hierro para aumentar su eficacia y a continuación empezó a hacerle «pases» con otro imán. A medida que Mesmer realizaba los pases, la paciente sentía sensaciones extrañas por todo el cuerpo; su respiración se volvió agitada; comenzó a gemir, a temblar, y a tener convulsiones y espasmos a los que sucedía una fase de relajación. Tras varias sesiones, los trastornos de la paciente desaparecieron. Mesmer pensaba que estas «crisis», con espasmos musculares, eran la forma en la que el fluido magnético conseguía redistribuirse en el cuerpo, aunque, sin duda alguna, sería posible considerar otro tipo de hipótesis.

Poco a poco, Mesmer abandonó el uso de los imanes, ya que el poder curativo no residía en ellos sino en su propio fluido magnético. A partir de aquí, Mesmer sostuvo la tesis de que este fluido se concentraba en las personas, de modo que algunas tenían más que otras —por ejemplo, los poderes del padre Gassner se debían a su elevada concentración de este fluido, que él mismo poseía también de modo elevado—. Además, este fluido podía transmitirse a otros mediante el contacto («conducción», analogía tomada de la física de la época).

Después de muchos éxitos terapéuticos principalmente con pacientes con síntomas histéricos, Mesmer se trasladó a París, donde, en poco tiempo, consiguió una gran clientela y una gran fortuna personal. Amplió su consulta, creando «habitaciones de crisis» y, dado que tenía más pacientes de los que podía atender, instauró un procedimiento de terapia de grupo que llamó *baquet*: una especie de vasija, diseñada siguiendo el modelo de un condensador eléctrico, de unos 50 cm., de la que salían barras de hierro y cuerdas que comuni-

caban con los pacientes. Para aquellos que no podían pagar sus honorarios, Mesmer magnetizó un árbol en las proximidades de su casa.

Sus curaciones se hicieron muy famosas y desencadenaron una gran controversia en Francia.[7] Entre los seguidores de Mesmer se produjo una escisión: por un lado, estaban los «fluidistas» ortodoxos, que atribuían los poderes curativos a la existencia del fluido magnético, y, por otro, estaban los «animistas», seguidores del marqués de Puységur, que sostenían que los poderes curativos tenían que ver con el poder psicológico de la fe. «Toda la doctrina del magnetismo animal está condensada en dos palabras: creer y querer» había afirmado Puységur. Éste, cuando estaba magnetizando a un campesino de sus tierras, Victor Race, encontró un tipo de crisis diferente: en lugar de las convulsiones que mostraban las pacientes de Mesmer, Victor mostraba un estado de adormecimiento en el cual mostraba una lucidez insólita (podía recordar cosas olvidadas hacía mucho tiempo, podía predecir el curso futuro de sus síntomas e incluso prescribir tratamientos para sus dolencias). Puységur denominó a este estado «sonambulismo artificial». Replicó sus efectos en otros sujetos y describió la *amnesia posthipnótica*. Su punto de vista sobre la hipnosis fue retomado más tarde por Bernheim y, en la actualidad, por T.X. Barber.

El médico británico J. Braid (1795-1860) acuñó el término *hipnosis* para estos fenómenos e intentó ofrecer una explicación científica utilizando la neurofisiología de su tiempo (trastorno del centro cerebroespinal), y presentándola como un estado de «sueño nervioso». En marcado contraste con sus contemporáneos mesmeristas (Ellioston, Esdaile, Lafontaine...), que atribuían a su persona el magnetismo responsable de las curaciones, Braid se basaba en la condi-

7. Las autoridades nombraron una comisión investigadora, de la que formaban parte algunos de los científicos más eminentes de la época, como Lavoisier, el doctor Guillotin (inventor del aparato que lleva su nombre) y B. Franklin (embajador estadounidense en Francia en esos momentos). En 1794 la comisión dio a conocer su informe en el que se negaba la existencia del magnetismo animal como lo entendía Mesmer, pero no así el efecto de las sesiones curativas. Según la comisión, éstos se debían a la disposición de los sujetos: «Los resultados no dependen del magnetismo, sino de las esperanzas del paciente. Si se magnetiza al paciente cuando éste lo espera, se presentará la crisis y la curación, pero si éste no lo espera, no se darán nunca».

ción mental y fisiológica del sujeto. Pero a pesar de rescatar el hipnotismo del ambiente ocultista del mesmerismo, la comunidad científica británica rechazó sus ideas.

En Francia, la Revolución disolvió las organizaciones creadas por los mesmeristas y sus enseñanzas cayeron en el olvido hasta que, casi un siglo más tarde, se redescubrieron simultáneamente en dos centros distintos, dentro ya del marco de la medicina oficial. Liébault (1823-1904) podría tal vez considerarse como una figura de transición entre los viejos y los nuevos métodos. Liébault era un médico rural, en un pueblo cercano a Nancy. Después de diez años de ejercicio con éxito de su práctica médica, por razones desconocidas comenzó a tratar a sus pacientes mediante la hipnosis. Su procedimiento consistía en ordenar al paciente que le mirara fijamente a los ojos mientras le decía que estaba cada vez más dormido. Una vez el paciente entraba en un estado de somnolencia, Liébault le aseguraba que sus síntomas habían desaparecido. Con este método trataba todo tipo de enfermedades. No gozaba de simpatías entre sus colegas de la profesión, porque utilizaba la hipnosis (que los círculos oficiales todavía no habían aceptado) y porque no cobraba a sus pacientes (Ellenberger, 1970).

Los centros, en gran medida rivales, en los que resurgió la hipnosis fueron la escuela de Nancy, en torno a las figuras de Liébault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919), y la escuela de la Salpêtrière, en torno a la figura de Charcot (1825-1893) y donde realizó su investigación clínica P. Janet (1859-1947). En ambas estudió Freud.

Bernheim, siendo ya profesor universitario de prestigio reconocido, se convirtió públicamente en admirador de Liébault. Introdujo sus métodos en la clínica universitaria y desarrolló un programa de investigación acerca del potencial terapéutico de la hipnosis. Para Bernheim, la hipnosis era producto de la sugestión. Entendía por sugestionabilidad, «la aptitud para transformar una idea en acto», es decir, una característica que tienen todos los seres humanos en mayor o menor grado. El procedimiento terapéutico era similar al introducido por Liébault y se solía utilizar para tratar dolencias de índole muy diversa, enfermedades orgánicas del sistema nervioso, reumatismos, enfermedades gastrointestinales, trastornos menstruales, etc. Delante de sus estudiantes, Bernheim hipnotizaba a un sujeto y le daba la orden de que cinco minutos después de despertar fuera a la

esquina de la habitación, abriera un paraguas y que olvidara que había recibido tal orden. Y, en efecto, cinco minutos después de despertar de la hipnosis, el sujeto iba a la esquina de la habitación y delante de todos abría el paraguas; cuando se le preguntaba por qué lo había hecho decía que no lo sabía. Freud interpretó que estas prácticas, según cuenta en su autobiografía, eran una demostración de que «podía haber procesos mentales poderosos que, no obstante, permanecían ocultos a la conciencia de los hombres».

Paulatinamente, Bernheim fue prescindiendo de la hipnosis y aseguró que los resultados que se pudieran alcanzar por este método se podían alcanzar también mediante la sugestión en estado de vigilia, procedimiento que la escuela de Nancy denominó *psicoterapia*. Sus métodos se extendieron rápidamente por el continente y la hipnosis y los procedimientos sugestivos se introdujeron en algunos hospitales psiquiátricos.

La posición de Charcot respecto de la hipnosis era muy diferente, y también lo era el ambiente donde se llevaron a cabo sus investigaciones. La Salpêtrière de finales del siglo pasado era una especie de asilo médico con capacidad para cuatro o cinco mil ancianos. Estaba formado por unos 45 edificios y venía a ser como un pueblo pequeño. Cuando Charcot asumió la dirección de una de sus secciones más grandes, en 1862, organizó un activo equipo de investigación. Siguiendo los métodos de la patología anatomoclínica de comienzos del siglo XIX se dedicó a describir cuadros clínicos y evoluciones típicas. Realizó valiosas contribuciones que en poco tiempo lo convirtieron en el neurólogo más famoso de su tiempo. Hacia 1870 comenzó a estudiar la histeria y el hipnotismo. Sugirió que en las histéricas la condición hipnótica se presentaba siguiendo tres etapas sucesivas: letargo, catalepsia y sonambulismo. La histeria estaba considerada como una enfermedad típica de mujeres y su investigación formaba parte del paradigma de las parálisis generales que había servido de modelo en la investigación anatomoclínica. Dentro de este paradigma, sin embargo, la histeria resultaba difícil de acomodar porque no era posible mostrar ninguna lesión orgánica. Algunos médicos ingleses habían hablado de la existencia de parálisis psíquicas, es decir, producidas por factores puramente psicológicos. Las investigaciones de Charcot, sin embargo, apuntaban en otra dirección: la sistematización de los síntomas histéricos y su distinción de los ataques epilépticos. Consiguió demostrar que la histeria no era

una enfermedad exclusiva de las mujeres, como se creía desde la antigüedad, y que las parálisis histéricas podían reproducirse experimentalmente utilizando la hipnosis. En relación con el primer punto, encontró síntomas bastante similares en hombres. Concretamente, se ocupó de la rehabilitación de tres ferroviarios que habían sufrido accidentes laborales, traumas físicos, pero cuyos síntomas, a pesar de que sus lesiones habían sido curadas, persistían presentando un cuadro similar a la histeria. Además, consiguió mostrar que podían reproducirse síntomas histéricos en hombres por medio de la hipnosis. Si por medio de la hipnosis se podían provocar síntomas histéricos, ¿no podrían también eliminarse por el mismo procedimiento? Charcot realizó investigaciones en este sentido, pero su programa estaba limitado por un prejuicio teórico, a saber, que todos los cuadros clínicos debían tener una lesión neurológica específica. En consecuencia, postuló que las histerias traumáticas tenían en su base una lesión neurológica permanente y que la hipnosis no servía más que para activar dicha lesión neurológica. En realidad, Charcot sostenía que la susceptibilidad hipnótica, por sí misma, ya era un signo de degeneración neurológica. Por tanto, las posibilidades terapéuticas de la hipnosis quedaban muy reducidas bajo su programa.

El trabajo de Charcot recibió numerosas críticas. Bernheim, completamente contrario a su teoría sobre la hipnosis, llegó a decir que entre los miles de pacientes hipnotizados por él solamente uno de ellos había atravesado las tres fases que Charcot proponía: una paciente procedente de la Salpêtrière. En realidad, las famosas demostraciones de Charcot, en las que provocaba síntomas histéricos en sus pacientes de la Salpêtrière por medio de la hipnosis, resultaron ser «puro teatro» en el que sus pacientes y colaboradores participaban para no contradecir al «Napoleón de las neurosis». Pero esto se supo más tarde. Cuando Freud visitó a Charcot en 1885, éste se encontraba en la cúspide de su fama y sus métodos impresionaron al joven neurólogo de Viena.

Aunque trabajó también en la Salpêtrière con Charcot, P. Janet había iniciado su carrera desde la filosofía y había aprendido la técnica hipnótica para estudiar la «mente subconsciente». Su análisis psicológico poseía claras implicaciones terapéuticas, pero tuvo que esperar hasta adquirir una formación médica para poder desarrollarlas. En 1886 publicó una historia clínica sobre el tratamiento de una histérica (Lucile) por medio de la concentración, bajo hipnosis, en

ideas subconscientes. Sus procedimientos terapéuticos se anticiparon en muchos aspectos al método catártico.

En resumen, durante este período de avance de la nosología psiquiátrica (p.ej., Kraepelin) se había conseguido aislar ciertas enfermedades a las que no se podía encontrar una lesión anatómica.[8] Por otro lado, la sucesiva depuración del mesmerismo había hecho de la hipnosis un procedimiento aceptable para los médicos. Ambos factores, unidos a la demanda social de tratamientos para las enfermedades nerviosas, permitieron la emergencia de la psicoterapia. Durante este período el procedimiento terapéutico estelar fue la sugestión hipnótica. Hacia el final de siglo el término psicoterapia se utilizaba para dar referencia al tratamiento por sugestión, y, por extensión, se convirtió en el término aceptado para todos los métodos de curación por medio de la mente. En la tabla 7 se reseñan algunos sucesos relevantes para el surgimiento de la psicoterapia durante este período, en el que predominan las investigaciones francesas que se expandieron no sólo por Europa, sino también por los EE.UU.

Tabla 7. *Sucesos relevantes para la aparición de la psicoterapia entre 1882 y 1895* (adaptado de Ellenberger, 1970)

1882, J.M. Charcot, *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hipnotisation chez les hystériques*

1886, P. Janet, publica el caso de Lucile, considerado como la primera cura catártica

1886, H. Bernheim, publica un manual sobre hipnotismo y se declara discípulo de Lièbault

1889, P. Janet, *L'Automatisme psicologique*

1889, Congreso Internacional sobre hipnotismo, Van Renterghem y Van Eeden dan cuenta de la «Clínica de Psicoterapia Sugestiva» que han abierto en Amsterdam

1889, A. Binet, publica un trabajo sobre hipnosis e histeria

1890, W. James, *Principles of Psychology* (obtiene éxito inmediato a ambos lados del Atlántico)

8. W. Griesinger, antecesor de E. Kraepelin y presidente de la Sociedad de Psicología Médica de Berlín, que en 1885 fue rebautizada como Sociedad de Psiquiatría y Enfermedades Nerviosas, sostuvo que en todo diagnóstico de una perturbación psíquica había que especificar una causa fisiológica.

1891, H. Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, Études nouvelles*
1891, S. Freud publica su monografía sobre la afasia
1892, II Congreso Internacional de Psicología (Londres), Van Eeden define la psicoterapia como «la cura del cuerpo por la mente, ayudada por el impulso de una mente a otra»
1892, J. Benedikt en Viena trata a sus pacientes intentando averiguar sus problemas íntimos en estado consciente y ayudándolos a resolverlos
1893, J. Breuer y S. Freud publican *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*
1895, La influencia de Bernheim se extiende por Europa

2.2.2. Del método catártico al psicoanálisis

Como hemos visto, el procedimiento de sugestión hipnótica se había convertido en equivalente de psicoterapia. Este procedimiento, sin embargo, no parecía acabar definitivamente con los síntomas de la enfermedad. El siguiente paso importante en la génesis de la psicoterapia moderna lo proporcionó el método catártico, descrito por J. Breuer,[9] a partir del cual Freud desarrolló el método psicoanalítico. Veamos esta transición con mayor detalle.

Cuando el médico vienés Sigmund Freud (1856-1939) abrió su consulta privada en 1886 contaba con una sólida formación neurológica. Había realizado investigaciones con los métodos de la anatomía microscópica y la neurología anatomoclínica, clínica y teórica. Había publicado varios trabajos y monografías sobre las parálisis cerebrales en niños y la neurofisiología de la afasia y la agnosia.[10] Todo ello le había dado cierto prestigio como neurólogo, de modo que los pacientes que acudían a su consulta, por lo general, tenían «problemas nerviosos». Los síntomas que presentaban estas personas eran simila-

9. En la época de la publicación de los *Estudios sobre la histeria*, P. Janet ya había publicado varios casos clínicos tratados con un procedimiento similar.

10. El término afasia significa incapacidad para nombrar cosas, mientras agnosia significa incapacidad para reconocer cosas. Este último término fue introducido por Freud.

res a los producidos por una lesión orgánica, por ejemplo, parálisis, dolores, temblores, tics y trastornos de memoria. Sin embargo, el examen neurológico mostraba que no existía lesión; en algunos casos, incluso el síntoma cambiaba de localización sin causa aparente: por ejemplo, la parálisis de un brazo pasaba al otro brazo o una persona postrada en cama caminaba en sueños, etc. Estos tipos de fenómenos habían convertido la histeria en un cuadro clínico exasperante para muchos médicos y, como vimos anteriormente, éstos eran los tipos de problemas que Charcot había intentado delimitar y clasificar neurológicamente. Para resumirlo en pocas palabras, la histeria era la enfermedad de la época.

Freud comenzó a aplicar la hipnosis con estos pacientes. En 1892 publicó su primer trabajo sobre la curación de una histérica y propuso su primera teoría sobre la histeria. El procedimiento utilizado era similar al empleado por la escuela de Nancy. Freud hipnotizó a la paciente y le sugirió que no tendría más dificultades para hacer lo que quisiera (en este caso dar de mamar a su hijo recién nacido). En efecto, las dificultades desaparecieron tras dos sesiones de hipnosis. En su explicación de este caso Freud sostiene que el deseo de realizar una acción suscita dos representaciones: la de realizar la acción y su representación contraria. La persona sana «reprime» o inhibe la voluntad contraria, pero las personas que tienen una inseguridad subjetiva no consiguen excluir esta voluntad contraria de modo que el resultado es un conflicto en que dos fuerzas se contrarrestan mutuamente. La sugestión hipnótica actúa, según esta teoría, reforzando el deseo o la voluntad consciente.

Aunque en esta primera aproximación de Freud al problema de la histeria se ha visto la prefiguración de los elementos del psicoanálisis (Wyss, 1961), el método terapéutico utilizado por Freud no es otro que la sugestión hipnótica. El paso decisivo para la creación del psicoanálisis fue el método catártico practicado por Breuer, y descrito en su obra conjunta *Estudios sobre la histeria* (1895), en la que figuran los elementos esenciales de la transición de los viejos métodos de la sugestión hipnótica al nuevo método psicoanalítico.

El libro comienza con la reconstrucción hecha por Breuer de su tratamiento de la célebre paciente Ana O., quien contrajo la enfermedad mientras cuidaba a su padre moribundo. Posteriormente, manifestó síntomas muy diversos, tales como parálisis, contracciones, alteraciones oculares, desorganización lingüística (hablaba en

una jerga ininteligible), alucinaciones con serpientes, hidrofobia, anorexia, depresión, etc. Breuer había empezado a tratarla con la técnica de la sugestión hipnótica, en la que de un modo sistemático, bajo hipnosis, le sugería la desaparición del síntoma. La paciente empezó a mejorar, pero cuando murió su padre los síntomas empeoraron notablemente hasta el punto de que no reconocía a nadie excepto a Breuer, que llegó a tener que alimentarla, y no hablaba en otro idioma más que en inglés. Durante este período, Breuer la visitaba con frecuencia (varias veces a la semana). Ante el empeoramiento, Breuer volvió a empezar por el principio con la sugestión hipnótica. Sin embargo, poco a poco, Ana fue introduciendo en las sesiones comentarios sobre su vida interior. Empezó a ocupar más tiempo de las sesiones haciendo «limpieza de la chimenea». Estas conversaciones empezaron a tener un impacto curativo y se hizo evidente que cuando la conversación le conducía a los incidentes específicos del pasado, en los que había aparecido el síntoma, éste desaparecía. Por ejemplo, su hidrofobia, que inexplicablemente había desarrollado en medio de un verano muy caluroso, desapareció al recordar con todo detalle el momento en que había visto beber a un perro de un vaso de agua y al dar rienda suelta a los sentimientos de rabia y repugnancia que sintió en aquel momento. A medida que este procedimiento, que Ana había llamado «curación por la conversación» (o «limpieza de la chimenea»), fue mostrándose eficaz, Breuer dejó de insistir sobre la sugestión hipnótica y a partir de entonces se limitó a hipnotizar a la paciente para ayudarle a revivir los recuerdos emocionales traumáticos. Después de dos años de tratamiento la paciente fue dada de alta[11] (Erdelyi, 1985).

11. Desde una perspectiva actual, el caso de Anna O. resulta muy controvertido por varias razones. En primer lugar, la paciente no sólo mostraba una sintomatología muy compleja, sino que parece que coexistían en ella dos personalidades, una que vivía en el presente, y otra que vivía 365 días antes. En segundo lugar, los síntomas iban desapareciendo en un orden cronológico exactamente inverso en el que se habían adquirido. En tercer lugar, los síntomas habían sido adquiridos aparentemente sin ningún período de incubación. Estos hechos llevaron a Ellenberger (1970) a afirmar que «la historia de Anna O. es un caso único del cual no se conoce otro ejemplo ni antes ni después» (pág. 555). Por otro lado, E. Jones reveló el nombre de la paciente en 1953, Bertha Pappenheim, que fue una destacada líder feminista y una de las iniciadoras de la asistencia social en Alemania. Se sabe que el tratamiento de Ana O. terminó bruscamente, debido a ciertos «hechos desgraciados» que fueron omitidos del informe de Breuer. Parece ser que Breuer escribió este informe tras

En resumen, el *método catártico* consistía en ayudar a la paciente a revivir y descargar («purgar») las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos. La hipnosis tenía como propósito aumentar la esfera de la conciencia del paciente y facilitar de este modo el recuerdo de los hechos traumáticos. Para que este procedimiento fuera eficaz, los recuerdos tenían que revivirse con toda intensidad afectiva y con el mayor detalle. Aunque la técnica catártica, como acabamos de ver, partió de los mismos presupuestos que la sugestión hipnótica, implica una estrategia terapéutica distinta. En la sugestión hipnótica se aborda el síntoma directamente, mientras que en la catarsis se aborda la supuesta causa del síntoma. En la primera el paciente tiene que cumplir una orden, mientras que en la segunda tiene que hablar, recordar y revivir. Así, en el proceder catártico, la hipnosis está al servicio de la recuperación y expresión de recuerdos traumáticos que supuestamente se hallan en la base del trastorno. Todo ello supone un descentramiento del síntoma de indudables consecuencias para la posterior evolución de la psicoterapia.

Freud pensaba que el método catártico podía curar los síntomas de la enfermedad, pero no modificaba la predisposición a la histeria, de modo que los síntomas podían volver a aparecer. Por otro lado, veía problemas de índole práctico, tales como el que no todos los pacientes fueran hipnotizables y el que no todos reaccionaran con la descarga emocional deseada. Además, Freud había descubierto la importancia de la *defensa*, por la cual el Yo del paciente rechaza las representaciones insoportables, y la importancia de la relación terapéutica. En otras palabras, practicando con el método catártico, Freud había descubierto los fenómenos clínicos que se conocen como resistencia y transferencia (véase más adelante), y ello le llevó a desarrollar el método de la asociación libre (que había sido sugerido casualmente por una paciente).

Freud le pedía al paciente que se recostara en un diván y le proponía un tema de su biografía sobre el que debía hablar sin

mucha insistencia por parte de Freud, y que, de hecho, abandonó totalmente el uso del método catártico después de dejar el caso. Según el relato de Jones, todo ello fue debido a la vinculación emocional que se había desarrollado entre el médico y la paciente. Visto desde ahora, diríamos que Breuer descubrió también la «transferencia positiva», pero el hecho le aterrorizó tanto que nunca más volvió a utilizar este método con otro paciente.

ejercer ningún control. Cuando la corriente de ideas se agotaba utilizaba el *apremio*, esto es, ponía la mano en la frente del paciente y le incitaba a recordar un hecho. Suponía que la fuerza de la resistencia ante la sugerencia era idéntica a la fuerza de la defensa o represión. Freud abandonó este método de presión sugestiva y modificó el encuadre terapéutico conservando únicamente la *asociación libre*,[12] que representa en el psicoanálisis lo que el microscopio en la biología.[13] Junto a ello, entre 1892 y 1900, Freud lleva a cabo una intensa labor investigadora en la que sienta las bases del edificio psicoanalítico, que abordaremos más adelante.

La obra de Freud se desarrolla a partir de la medicina y culmina en la creación de las condiciones de posibilidad para que la psicología se convierta en un saber operativo y eficaz, capaz no sólo de detectar la enfermedad, sino de promocionar la salud. Su obra representa para la psicología un proceso de reincorporación de la visión global del enfermo y la reintegración en ella de la dimensión psicológica. Freud fue plenamente consciente en sus inicios de que se insertaba (a través de Charcot especialmente, pero también a través de Bernheim, Forel, Breuer, etc.) en la tradición científico-médica interesada por la hipnosis y la sugestión. Sin embargo, su inquebrantable compromiso con la curación lo llevó más allá de las posibilidades técnicas, que no científicas, ya agotadas en sus predecesores, y a elaborar con todo el bagaje de su rigurosa formación científico-natural, pero

12. Botella (1986) nos recuerda varios antecedentes al uso psicoanalítico de la asociación libre: a) Garth Wilkinson sugirió en 1887 su uso (con el nombre de «impresión») para la composición literaria; b) Borne publicó en 1823 un ensayo sobre escritura creativa donde se proponía la asociación libre (se tiene constancia de que Freud había leído a este autor); c) el propio Galton también lo había utilizado (tal como recuerdan Eysenck y Wilson, 1980). También pueden encontrarse numerosos antecedentes de otras nociones psicoanalíticas, como las de inconsciente (véase Ellenberger, 1970) y significado simbólico de los sueños, que se conocía ya en la antigüedad.

13. Aunque más tarde, con el desarrollo del movimiento psicoanalítico, surgieron nuevos modos de acceder a la mente inconsciente, p.ej., el Rorschach y el resto de técnicas proyectivas, Freud pensaba que la asociación libre era el único camino para desvelar las resistencias. En 1904, cuando expone «El método psicoanalítico de Freud», afirma que la técnica del método psicoanalítico «una vez aprendida, es mucho menos difícil de lo que por descripción parece, y... no existe ningún otro camino que conduzca al fin propuesto y, por tanto, el camino más penoso es de todos modos el más corto.../.../ se trata de hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia» (pág. 1005).

sobre todo de una forma tentativa y empírica, un nuevo método basado en la asociación libre y la interpretación. Este método se convirtió simultáneamente en técnica psicoterapéutica y en método de investigación, tanto científica como tecnológica.

2.3. El desarrollo de la psicoterapia

Querríamos iniciar esta descripción del desarrollo de la psicoterapia señalando que su evolución ha transcurrido durante muchos decenios, y en cierto modo hasta nuestros días, desligada del resto de la psicología. A finales del siglo XIX y principios del XX, a instancias públicas y privadas, algunos psicólogos académico-experimentales comienzan a interesarse por problemas sociales prácticos, y a aproximarse a ellos con su ciencia y con un cierto optimismo baconiano. Como hemos visto, especialmente en Alemania, la psicología académica se resiste a este proceso. La posición de Wundt es representativa: argumenta en contra de la aplicación de la psicología científica a la solución de problemas prácticos propugnada por sus discípulos (Meumann, Münsterberg, Catell, etc.) porque sería «precipitada» antes de una mayor fundamentación experimental y teórica de la psicología «pura». Ante la fuerza irresistible del funcionalismo y el pragmatismo americano, Titchener radicalizaría la postura de Wundt. Pero, finalmente, se impusieron tesis como las de Münsterberg: igual que la medicina no ha podido esperar que las ciencias biológicas culminasen su desarrollo, es importante desarrollar la «psicotecnia» como ciencia de la aplicación práctica de la psicología científica (Caparrós, 1983).

Progresivamente se desarrolló en los EE.UU. una psicología profesional orientada a la resolución de los problemas prácticos de sus clientes (individuos, empresas, instituciones...). Pero la polarización entre clínicos y académicos no se hizo patente hasta que las tareas profesionales dejaron de estar en manos de los académicos. En 1916 el 75,7 % de los miembros de la APA eran universitarios, mientras que en 1940 representaban sólo el 50,1 %. Con tal crecimiento de los psicólogos profesionales, la mayoría clínicos no académicos, se consuma la separación entre psicología profesional y académica. Esta polarización entre clínicos y académicos —entre ciencia y tecnología en definitiva— como vemos, se arrastra ya desde los inicios de la psicología (Caparrós, 1983).

Desde su creación el movimiento psicoanalítico se desarrolló de una forma autónoma y paralela en relación con la psicología académica, la psicología clínica psicométrica y la psiquiatría. Contribuyó a esta separación el propio Freud, quien nunca, como observa Caparrós (1983), se esforzó por entrar en la comunidad de psicólogos, orientada ya en aquel entonces hacia la experimentación y la medida. Este proceso exige, sin embargo, algunas matizaciones que conciernen a la psicología clínica en su constitución como profesión, producida originariamente en los Estados Unidos. Baste recordar, a este propósito, la excelente acogida que tuvo Freud en la Universidad de Clark, en Worcester, cuando acudió para pronunciar un ciclo de conferencias, invitado por su presidente, G. Stanley Hall, juntamente con Jung, Jones y Ferenczi, en septiembre de 1909. En contra de la actitud de la psicología académica, la psiquiatría le otorgó en América un reconocimiento muy favorable. Así es como ambas comunidades, la psicoanalítica y la psicológica, coexistieron con pocas interferencias e influencias mutuas en una historia llena de recelos, silencios y rechazos mutuos.

A pesar de que la obra de Freud se desarrolla a partir de la medicina y de que en un principio es entre los psiquiatras donde recibe mejor acogida, el psicoanálisis tiene un papel importante en el auge de la psicología clínica después de la Primera Guerra Mundial, dada la insatisfacción reinante en relación con el enfoque psicométrico. La necesidad de que los psicólogos clínicos reciban a sus pacientes, dotados de instrumentos teóricos y de técnicas, hizo que muchos adoptaran el psicoanálisis como marco de referencia. En este sentido, el psicoanálisis ofrecía un saber operativo y comprensivo, un saber científico y tecnológico que facilitó el desarrollo de técnicas no sólo diagnósticas sino también terapéuticas (Caparrós, 1983).

En la década de los treinta, la disconformidad de los clínicos con el enfoque psicométrico produjo, en un principio, las reivindicaciones de unas funciones psicodiagnósticas que contasen con la historia del sujeto y con su desarrollo, que lo viesen como una totalidad. Planteada la primera reivindicación, pronto se produciría una segunda: la participación de los psicólogos en las tareas psicoterapéuticas, en las que no tardaron en producirse algunos éxitos. Como telón de fondo a estos cambios se hallaban las posibilidades ofrecidas por el psicoanálisis a los psicólogos no médicos. Por esta época se popularizan en los Estados Unidos los tests proyectivos, basados en la concepción dinámica de la personalidad.

En este contexto aparecen también las primeras obras americanas sobre la personalidad, no identificables con el psicoanálisis, aunque tampoco ajenas a él, escritas por psicólogos disconformes con el neoconductismo vigente (Allen, Allport, Murray, Rogers, Stagner). Propuestas que, independientemente de su valor intrínseco, apenas tenían posibilidades de abrirse camino frente al psicoanálisis, que, bueno o malo, constituía la única alternativa posible si se buscaba una teoría que abarcara tanto la concepción de los trastornos mentales, como la personalidad y su desarrollo, la psicoterapia, etc.

En los años cuarenta surge la aproximación más importante que en la historia de la psicología se haya producido entre psicoanálisis y psicología experimental-académica: la llevada a cabo en el Instituto de Relaciones Humanas de la Universidad de Yale, en la década de los cuarenta, tal como quedó plasmada en la obra de numerosos psicólogos neoconductistas dirigidos e inspirados por Hull (Dollard, Miller, Mowrer, Sears, Spence, etc.). Tal aproximación intelectual parece que obedecía más bien a razones institucionales, ante la presión ejercida por los psicólogos clínicos que exigían una formación universitaria. La aportación de nuevas técnicas inspiradas en las teorías conductistas del aprendizaje hizo que tales intentos de aproximación quedaran en el olvido cuando apenas habían fructificado. Vista desde una perspectiva histórica, la obra de Dollard y Miller (1950) supone el primer intento integrador serio, que a nuestro juicio fue injustamente tratado al no apreciarse el notable esfuerzo conceptual realizado.

Con la Segunda Guerra Mundial la conciencia terapéutica de los psicólogos fue en aumento; se apoyaba, además, en una fuerte demanda social. Esta conciencia llevó al reconocimiento definitivo de la dimensión terapéutica de la psicología clínica gracias, en gran parte, al trabajo realizado por los psicólogos en la selección de personal militar y en el tratamiento de los veteranos de guerra, para lo que dispuso de fondos muy sustanciales. Este reconocimiento se vería confirmado por los reajustes de la APA y de sus divisiones, así como los de algunos currículos universitarios.

En efecto, fue en 1949 cuando se celebró la renombrada conferencia de Boulder (Colorado, EE.UU.) en la que se prefiguró el modelo de psicólogo clínico que se aplica en los departamentos universitarios norteamericanos hasta nuestros días. Y éste es el modelo del «científico-practicante» desde el que se plantea que el psicólogo

clínico debe recibir formación científica (a nivel de doctorado) además de una formación aplicada (internado residente en centros asistenciales) para poder ejercer de forma reconocida.

El modelo del psicólogo clínico como *científico-practicante* ha inspirado los programas de formación de psicólogos clínicos de todas las universidades americanas, desde 1949 hasta la década pasada, en la que las contradicciones implícitas en este modelo se hicieron especialmente visibles. El modelo subraya que los psicólogos clínicos deben recibir formación en tres áreas: el diagnóstico, la investigación y la terapia. Es la primera vez que se reconoce la psicoterapia como una competencia de los psicólogos y la reacción de los psiquiatras no se hizo esperar. Poco después de la Conferencia de Boulder, la Asociación de Psiquiatras Americanos se apresuró a definir la psicoterapia como un tratamiento médico y de competencia exclusiva de los psiquiatras (véase Garfield, 1974).

En el contexto de esta lucha, los psicólogos se esfuerzan por defender el status científico de la psicología, y no están dispuestos a supeditar su labor a posiciones que consideran anticientíficas. El psicoanálisis, que alcanzó su apogeo en los EE.UU. a finales de la década de los cuarenta y principios de los cincuenta, no encaja con los esfuerzos cientifistas de los psicólogos por dos motivos. En primer lugar, por practicarlo exclusivamente psiquiatras (según la normativa de la Asociación Psicoanalítica Internacional), y, en segundo lugar, por su falta de ajuste al proceder científico experimental. Era de esperar que se rompiera este matrimonio *contra naturam* entre la psicología clínica y el psicoanálisis (Caparrós, 1983).

Es en esta época cuando aparecen enfoques terapéuticos alternativos al psicoanálisis con un interés visible por desarrollar la investigación científica en psicoterapia. Por ejemplo, Rogers, en el marco de la Universidad Estatal de Ohio, empezó a grabar entrevistas terapéuticas para someterlas a un análisis sistemático. Ello permitió el desarrollo de escalas de observación y registro de las preguntas y respuestas de cliente y terapeuta, y de este modo se inició la investigación científica sobre el proceso terapéutico. En 1943 se leyó la primera tesis doctoral basada en entrevistas grabadas electrónicamente. Rogers contó con un entusiasta grupo de colaboradores que ponían a prueba sus hipótesis acerca de las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico. Por esta razón, Rogers debe ser reconocido como una de las figuras centrales en el desarrollo moderno de la psicoterapia.

Paralelamente, después de dos décadas de hegemonía académica, el conductismo se presentaba como una alternativa al psicoanálisis, capaz de inspirar una práctica terapéutica distinta: la terapia de conducta. La idea básica en la que se sustenta la terapia de conducta, desde sus orígenes, es que si x es aprendido, x puede ser «desaprendido». Aplicado al campo clínico, este principio supone la interpretación de los trastornos psicopatológicos (que no tengan una base orgánica evidente) como trastornos aprendidos, y, como tales, sujetos a las leyes del condicionamiento. Se postula, de entrada, una continuidad entre la conducta normal y la anormal. Y cuando esta última se ve desde la óptica de una conducta aprendida, la apelación a causas intrapsíquicas, conflictos internos y demás constructos inferidos pierde sentido. Resumido con una metáfora, aunque la caja negra siga siendo negra, podemos actuar. Tal es, visto desde ahora, la bandera a la que se aferran los psicólogos clínicos ante unos psiquiatras que se han vuelto eruditos sobre las múltiples tonalidades del negro, pero que en términos prácticos siguen teniendo a sus pacientes postrados en un diván.

En medio de todo ello apareció el decisivo trabajo de H.J. Eysenck (1952) sobre los efectos de la psicoterapia. Su argumento era el siguiente: si la psicoterapia es eficaz, los pacientes tratados por este procedimiento deben mostrar una mejoría mayor que los no tratados. Revisó los datos disponibles y observó que los pacientes tratados con psicoterapia no sólo no mejoraban más que los no tratados sino que parecía existir

> una correlación inversa entre recuperación y psicoterapia; a mayor psicoterapia, menor índice de mejoría... Los resultados muestran que aproximadamente dos tercios del grupo de pacientes neuróticos se recuperará o mejorará en grado apreciable, después de aproximadamente dos años a partir del inicio de la enfermedad, siendo tratados o no a través de psicoterapia (Eysenck, 1952, pág. 322).

Este trabajo de Eysenck, que marcó un hito en la investigación terapéutica, reforzó indudablemente las posiciones de los psicólogos clínicos frente a los psiquiatras, que en su mayor parte seguían anclados en las posiciones psicoanalíticas. Por otro lado, Skinner, cuyo paradigma del aprendizaje operante era hegemónico en esos momen-

tos dentro de la psicología académica, en su obra *Ciencia y conducta humana* (1953) reinterpretó la terapia psicoanalítica en términos de castigo y refuerzo ahorrándose cualquier formulación intrapsíquica, y ofreciendo así más argumentos para que los psicólogos clínicos se establecieran sobre unas bases autónomas.

En 1958 apareció *Psicoterapia por inhibición recíproca*, de Wolpe, que, junto a la obra de Skinner y al trabajo de Eysenck, contribuyó a establecer la terapia de conducta como un método científico de tratamiento psicológico. La consolidación de la tecnología de la terapia de conducta durante los años sesenta y setenta (véase 3.3) ocurre de modo paralelo a una sociedad en pleno cambio social (lucha por la igualdad racial, la igualdad entre sexos, la oposición a la guerra del Vietnam), que exige cambios rápidos por todas partes y la introducción de un nuevo orden moral más racional.

Al trazar la trayectoria histórica de las técnicas de psicoterapia hay que señalar la existencia de distintos enfoques que, aunque se fraguaron en la década de los cincuenta, no irrumpieron plenamente en la escena psicoterapéutica hasta los años sesenta. Como hemos visto, al iniciarse la segunda mitad de este siglo el panorama psicoterapéutico se reducía a dos opciones: las psicoterapias de orientación psicoanalítica, que, al margen de la psicología académica, seguían predominando en el ámbito aplicado, y la modificación de conducta, que, aún en fase de desarrollo, se inspiraba en gran medida en la psicología científica para el desarrollo de sus técnicas. Sin embargo, esta doble alternativa resultó insuficiente por varias razones. Por un lado, la efectividad de estos enfoques en el tratamiento de la multiplicidad de problemas humanos no era devastadora a la luz de las expectativas depositadas. Por otro lado, las bases antropológico-filosóficas de estos enfoques (principios deterministas, fisicalistas y reduccionistas) proporcionaban una imagen del ser humano para muchos decepcionante (deshumanizante y despersonalizadora), a la que se sumaban las dificultades de tales modelos para comprender cierto tipo de fenómenos humanos complejos acordes con los ideales históricos de época (p.ej., creatividad, libertad, espiritualidad). Tampoco la aspiración guestáltica de la globalidad holista se veía reflejada en la orientación más bien analítica de conductismo y psicoanálisis. En definitiva, este clima de insatisfacción propició que, a partir también de sus determinantes internos específicos, nacieran una serie de enfoques psicoterapéuticos que han tenido su peso en el desarrollo

de la psicoterapia, de entre los que cabe destacar la psicología humanista y el enfoque sistémico. Otras aportaciones independientes de esta época, como las de Kelly (1955) y Moreno (1946-1962), se comentarán en relación con los tres modelos que describimos en la segunda parte.

La *psicología humanista*, a pesar de contar con algunas aportaciones previas y de un cierto período de incubación en los años cincuenta, se consolida a principios de los años sesenta. Nacido como movimiento filosófico y social, más que como enfoque terapéutico, aglutina de forma asistemática una serie de pensadores (Bühler, Bugental, Maslow, May, Murphy, Rogers, van Kaam, etc.) y técnicas promotoras de la autorrealización (terapia centrada en el cliente, guestáltica, análisis transaccional, etc.) que se autodenominan «tercera fuerza» (Maslow, 1962). Sin embargo, la psicología humanista nunca ha pretendido convertirse en un nuevo paradigma (Caparrós, 1979; Rosal, 1986) sino que se trata más bien de «una Weltanschauung global, una nueva filosofía de la vida, una nueva concepción del hombre» (Maslow, 1962). A pesar de la influencia de algunos emigrantes europeos, la psicología humanista es un fenómeno genuinamente americano que contribuyó al movimiento contracultural de los sesenta, y sólo más tarde llegó a Europa.

Su contribución fundamental a la arena psicoterapéutica ha sido un conjunto de prácticas y técnicas, en muchos casos con pobre base teórica, que, aunque desligadas, pretenden, a partir de una diversidad de —a menudo— imaginativos procedimientos, procurar la autorrealización y el desarrollo del potencial humano. Por otro lado, al promover el trabajo grupal, han contribuido a la difusión de la psicoterapia en amplias capas de la población, incluso entre aquellas personas consideradas «sanas». Se presenta una descripción más completa de algunas de estas contribuciones al hablar del modelo humanístico-existencial.

De forma totalmente independiente del movimiento humanista, pero también en los años cincuenta y sesenta, se desarrolla un enfoque que supone un salto cualitativamente distinto a los anteriores. El *modelo sistémico* se caracteriza por su especial protagonismo en la terapia familiar, modalidad con la que a menudo se identifica, y por la adopción de la teoría general de sistemas y la cibernética como marco orientador de su práctica y conceptualización clínica. En efecto, a partir del estudio de la comunicación en los esquizofrénicos

(Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956) y de otros estudios convergentes, se llegó a la formulación de la familia, entendida como sistema abierto, como núcleo de conceptualización y tratamiento. El salto cualitativo lo constituye el hecho de dejar de atribuir los problemas humanos y psicopatológicos al portador del síntoma, para considerarlos como expresión de una determinada estructura del sistema familiar y de su funcionamiento cibernético.

El crecimiento de este modelo no está del todo desligado del movimiento antipsiquiátrico (Laing, Cooper, Bassaglia, etc.) merced al peso dado al contexto familiar que circunda al enfermo tanto en la generación como en el mantenimiento o curación de los síntomas. Sin embargo, el modelo sistémico ha tenido una trascendencia histórica mucho más seria que el movimiento antipsiquiátrico, y la prueba está en que mientras el segundo decaía fuertemente a los fines de los setenta, el movimiento sistémico no ha hecho más que consolidarse y ganar adeptos, como comentaremos al hablar de este modelo (véase 3.5).

Durante la década de los años sesenta y setenta aparecen los *modelos cognitivos* en psicoterapia, en parte debido a la propia evolución de las teorías del aprendizaje y la terapia de conducta, pero principalmente como movimiento autónomo. Como exponemos más adelante al hablar de las terapias cognitivas (véase 3.4), éstas se desarrollaron de la mano de Ellis (1962), Beck (1967), Mahoney (1974), y Meichenbaum (1977), entre otros, junto con la recuperación de la perspectiva de los constructos personales de Kelly (1955). Coincidiendo con el predominio del enfoque cognitivo en la psicología académica, las llamadas terapias cognitivas tienen un impacto muy significativo en la escena psicoterapéutica contemporánea.

2.4. El estado actual de la psicoterapia

Resulta difícil abordar este apartado porque la situación actual de la psicoterapia es extraordinariamente compleja. No hace mucho, un autor expresaba esta situación diciendo: «El campo de la psicoterapia ha llegado a ser tan amplio y variado que parece una "torre de Babel" que desafía la comprensión humana» (Masterson, en Zeig y Munion, 1990). Estas palabras, desde luego, no resultan alentadoras y aunque no es nuestro objetivo definir cuál es «la» situación de la

psicoterapia actual, podemos al menos intentar situar los ejes que configuran el espacio en que se mueven las perspectivas actuales.

La primera característica que definiría a la psicoterapia actual, según la mayoría de manuales, es la multiplicidad de perspectivas o enfoques terapéuticos. Si bien a principios de siglo la única forma de psicoterapia reconocida era la psicoanalítica, al iniciar la última década del milenio las técnicas de psicoterapia «registradas» se cuentan por centenares. La relación que ofrece Corsini alcanza la cifra de 241, de las que desarrolla 13 como las más «corrientes» y 66 como las más innovadoras. Las relaciones ofrecidas por otros autores las cuentan también por centenares, de manera que la cifra se suele situar entre las 250 y las 300. El colmo de estos alardes numéricos lo protagoniza Karasu (1986) al aportar la cifra de 400 (!!) psicoterapias.

Aunque los criterios de selección empleados en estos estudios puedan ponerse en entredicho,[14] y aunque tal variedad de estructuras superficiales pueda retrotraerse a unas pocas estructuras profundas, la proliferación (o diversificación creciente) de perspectivas constituye una característica retrotraída de la psicoterapia actual.

Estos cómputos globales, sin embargo, nos dicen muy poco sobre el predominio de los distintos enfoques. En la tabla 8 se recogen los datos de dos estudios acerca de las orientaciones terapéuticas de una importante muestra de psicoterapeutas americanos.

14. Por ejemplo, el criterio utilizado por Corsini (1984) para calificar una forma de psicoterapia como «innovadora» es que su teoría o procedimiento «fuera algo diferente de los sistemas estándares» (pág. X). Por supuesto, si se buscan diferencias, no debe resultar sorprendente encontrarlas. Por otro lado, como indica Frank (1982), a la hora de explicar esta proliferación de psicoterapias conviene tener presente el contexto en que se ha producido: la sociedad estadounidense. Como cualquier otro producto social que tiene que sobrevivir en un mercado competitivo, las psicoterapias tienen que procurar alcanzar visibilidad y, para ello, el recurso más utilizado sigue siendo el de acentuar las diferencias entre lo que uno hace y lo que hacen los demás. La utilización indiscriminada de este recurso, no obstante, lleva consigo el peligro de convertir el área en una «torre de babel».

Tabla 8. *Tendencias teóricas de los psicólogos clínicos norteamericanos* (datos procedentes de Prochaska y Norcross, 1983; y de Barrom, Shadish y Montgomery, 1988)

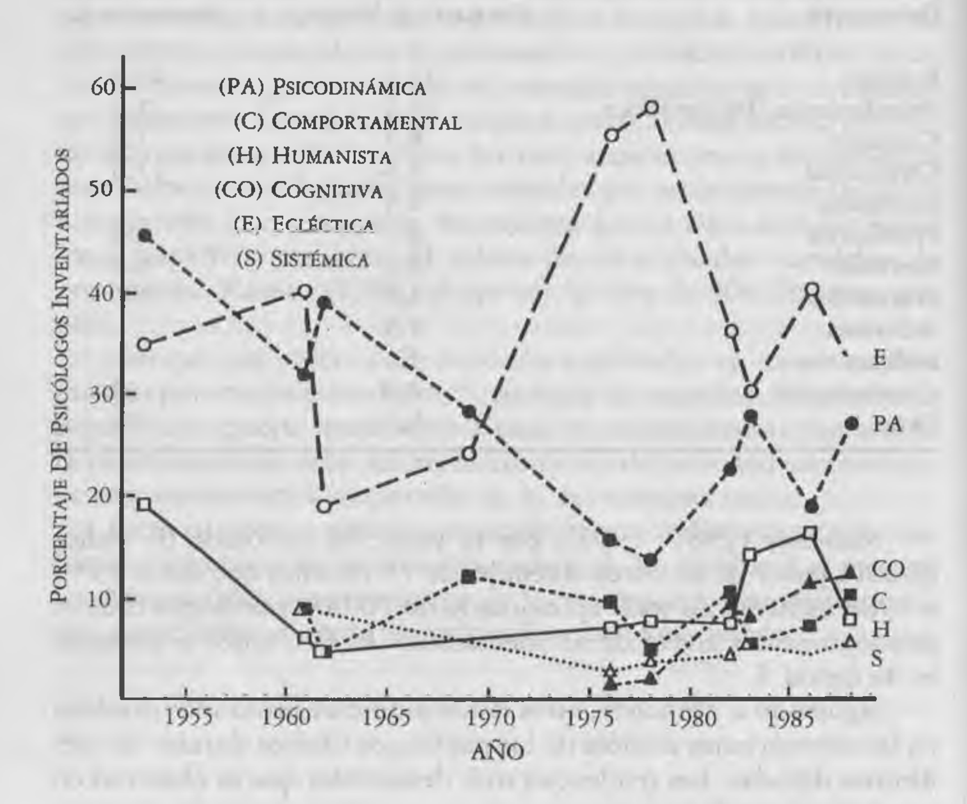
Orientación	*Prochaska y Norcross*	*Barrom* et al.
Ecléctica	30.2	42.0
Psicodinámica/Psicoanalítica	25.5	25.0
Cognitiva	8.3	7.0
Conductual	5.6	12.0
Existencial	4.4	
Humanista	4.1	4.0
Sistémica	3.4	4.0
Guestáltica	3.4	
Adleriana	1.5	
Sullivaniana	1.2	
Comunicación	1.0	
Otras	8.1	7.0

Mahoney (1989, 1991), por su parte, ha elaborado un índice global a partir de los datos obtenidos en 15 estudios que desde 1953 a 1988 incluyen un total aproximado de 70.000 psicólogos clínicos estadounidenses acerca de su orientación. Los resultados se resumen en la figura 1.

Siguiendo a Mahoney, estos datos muestran profundos cambios en las orientaciones teóricas de los psicólogos clínicos durante las tres últimas décadas. Las tendencias más destacables que se observan en estos datos son las siguientes:

1. Aumento espectacular desde los años setenta del eclecticismo que aparece como la tendencia dominante. De los datos disponibles se observa un ligero descenso moderado en la década de los ochenta.
2. Descenso progresivo de la orientación psicoanalítica entre los años sesenta y ochenta con una cierta recuperación en los ochenta debida, según el autor, a la profundización en el estudio del sí mismo (self). Los datos de las encuestas de la tabla 8 parecen indicar cierta estabilidad en los últimos años en torno al 25 %.

Figura 1. Tendencias teóricas de los psicólogos clínicos norteamericanos durante las últimas décadas (adaptado de Mahoney, 1989, 1991)



3. Aumento lento pero progresivo y constante de los modelos cognitivos, que se sitúan a niveles unas veces superiores y otras inferiores a los conductuales, pero en la misma banda (entre el 7 y el 14 %). Quizás estas fluctuaciones se relacionan con el uso extensivo que se hace de la denominación híbrida «cognitivo-conductual» en muchos ambientes.

4. Consolidación de la orientación humanista durante los años sesenta, con cierto incremento al inicio de los ochenta que parece ir decayendo al finalizar la década.
5. Papel moderado, pero constante, de la tendencia conductista.
6. Evolución constante, pero más moderada, de la orientación sistémica.

Tanto los datos presentados como las conclusiones que de ellos se deducen no pueden contemplarse sin tener en cuenta al menos dos consideraciones. La primera es que son datos referidos a los EE.UU. y, por tanto, sólo relativamente generalizables a nuestro medio. La segunda consiste en señalar que estas encuestas incluyen únicamente a psicólogos clínicos. Como hemos dicho anteriormente, la psicoterapia, aun siendo en sí misma una profesión, es practicada por otros profesionales además de los psicólogos clínicos: psiquiatras, *counselors*, asesores religiosos y matrimoniales, asistentes sociales, enfermeros de psiquiatría.[15] Todo ello de acuerdo con las regulaciones de cada país.[16]

Para comprender esta pluralidad actual es necesario tener presentes las repercusiones de la investigación comparativa de resultados, porque ciertamente la situación del área sería muy diferente si la investigación hubiera mostrado de un modo inequívoco que el enfoque terapéutico «x» es superior a todos los demás.

15. En lo referente a los EE.UU., tenemos indicios para pensar que los datos presentados muestran un sesgo notable en relación con el modelo sistémico y el humanista, practicados con mucha más frecuencia de lo que aparece en estas encuestas. En efecto, una buena parte de los terapeutas familiares sistémicos y los humanistas no son psicólogos clínicos sino asesores matrimoniales, psiquiatras, asistentes sociales, etc. No es extraño que ello sea así, dado que la fundamentación y el desarrollo de estos modelos han ocurrido, en gran medida, al margen de la psicología académica, como se expone más adelante.

16. A modo de ejemplo, en los EE.UU. pueden realizar psicoterapia todas estas profesiones, pero las entidades aseguradoras sólo reconocen plenamente a psicólogos y psiquiatras. En Inglaterra, después de la reforma de los servicios públicos de salud, hay un creciente número de enfermeros psiquiátricos que realizan psicoterapia. Asimismo, la ejercen aquellos con otras titulaciones más específicas como la de «terapeuta artístico» (*art therapist*), desvinculadas en gran medida de la carrera de psicología.

— *Las repercusiones de la investigación de resultados*

Como hemos visto, hacia la mitad del siglo, H.J. Eysenck (1952) desafió a la psicoterapia a demostrar su eficacia, afirmando que en el tratamiento de los trastornos neuróticos ésta no era superior a la remisión espontánea. El desafío lanzado por Eysenck se convirtió en un potente estímulo para la investigación sobre los efectos de la psicoterapia. Tanto las instituciones públicas como las privadas, que financian los costes de los tratamientos psicológicos en los EE.UU., asignaron fondos para la investigación psicoterapéutica diferencial.[17] Después de dos décadas de investigaciones y agrias polémicas, a principios de los años ochenta se llegó a un consenso entre los investigadores en el sentido de que la psicoterapia, entendida en términos genéricos, había probado empíricamente ser más eficaz que la ausencia de tratamiento (como describimos en 4.2).

El consenso establecido se basa en que la psicoterapia, en sentido genérico, es superior al no tratamiento. Sin embargo, el interés de la investigación recae, en realidad, en la posibilidad de determinar empíricamente qué forma de tratamiento es la más eficaz. Pero a pesar de la cantidad de financiación que este campo ha recibido, no ha sido posible declarar un «vencedor». El dato recurrente es que los resultados de distintas terapias son equivalentes. Luborsky *et al.* (1975) han recogido la cita de *Alicia en el país de las maravillas*, que utilizó Frank (1961) para resumir esta situación diciendo «todos han ganado y todos van a recibir un premio». ¿Quiere esto decir que, a pesar de su manifiesta variedad, todos los enfoques terapéuticos son equivalentes?[18]

17. Todo este interés por la investigación en psicoterapia se ha plasmado en la sociedad SPR (*Society for Psychotherapy Research*), que desde 1969 viene congregando anualmente a los investigadores interesados, y donde se han debatido las cuestiones más candentes de cada momento en este campo. La SPR ha jugado, a su vez, un papel importante en la formación complementaria de investigadores, la inspiración de nuevos diseños y métodos de investigación, y el fomento de proyectos colaborativos donde participan varios centros de investigación de forma coordinada.

18. Stiles *et al.* (1986) califican esta situación de paradójica: las distintas psicoterapias producen resultados similares aunque utilicen procedimientos prácticos distintos, lo cual parece implicar que, haga lo que haga el terapeuta, el resultado final es el mismo. Esta conclusión no puede ser aceptada fácilmente, ni teórica ni personalmente, por los terapeutas que han pasado muchos años refinando sus técnicas especializadas. Como dicen Rachman y Wilson (1980):

Ésta es una cuestión muy importante para el desarrollo de la psicoterapia y la trataremos con mayor profundidad más adelante en nuestra aproximación metodológica, pero, aun así, vale la pena introducir aquí unos comentarios. Por una parte, las metáforas pueden ser muy útiles y, como ésta, pueden convertirse en lugares comunes, pero también pueden ser equívocas. Dodó, el pájaro del cuento de Alicia, sostiene que todos han ganado en la carrera porque (a) cada uno tenía diferentes líneas de partida, (b) cada uno tenía su propia trayectoria y (c) cada uno tenía su propia línea de llegada. Y, a juzgar por la proliferación de la anarquía que parece dominar el campo de la psicoterapia actual, la metáfora resulta ilustrativa.

Por otra parte, no hay que olvidar que es una falacia sostener que del hecho de que dos tratamientos no puedan diferenciarse se sigue que son equivalentes. Como Stiles *et al.* (1986) han puesto de manifiesto, la falta de diferencias puede tener tres significados diferentes, que también se han estudiado:

1. Que los resultados no pueden distinguirse. Este significado apunta a un problema metodológico, es decir, que las estrategias de investigación utilizadas no han sido lo suficientemente perfeccionadas como para captar las diferencias existentes. En la parte final sobre la «aproximación metodológica» exponemos tales estrategias, sus pros y contras, y vemos que, a pesar de los desarrollos recientes, los problemas metodológicos actuales no permiten dar una respuesta a las cuestiones planteadas por el problema de la eficacia.
2. El comportamiento de los representantes de distintas psicoterapias no puede distinguirse. Stiles *et al.* (1986) concluyen que se ha demostrado repetidamente que la tesis de la equivalencia de contenido de las terapias es falsa. Las diferencias de contenido son tan grandes y están tan sistemáticamente relacionadas con la teoría que no parece razonable

---

Si el argumento de distribución indiscriminada de premios se impone ... acabaremos por dar el mismo consejo a todo el mundo: «Sea cual sea la naturaleza de su problema búsquese cualquier forma de psicoterapia». Esto es absurdo. Dudamos de que los mismos defensores del argumento del pájaro Dodó den este consejo. Si empiezan a hacerlo, ellos mismos (y la profesión en su totalidad) se ganarán rápidamente el desprecio de sus probables clientes (pág. 257).

atribuir el éxito común al solapamiento de las técnicas de los terapeutas. Realmente, hay diferentes ingredientes en las diferentes psicoterapias, aunque aún está por demostrar si son ingredientes activos o accesorios.

3. Que las distintas psicoterapias utilizan principios comunes de cambio psicológico. Los defensores de esta afirmación se aglutinan en torno a la investigación de los factores comunes, una línea de trabajo que se encuadra dentro del movimiento integrador que se comenta en las próximas líneas (y en el apartado de modelos eclécticos e integradores).

Teniendo en cuenta estos tres significados y sus posibles implicaciones, podemos señalar tentativamente las repercusiones más relevantes de los resultados de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia. En primer lugar, se observa un crecimiento de la conciencia de que el modelo terapéutico que cada uno defiende no es definitivo, ni en su conceptualización ni en su resultado, sino limitado. Ello implica también un cambio de actitud respecto a los demás modelos, tendente a fomentar el respeto y a estar abierto a otras formulaciones como posible fuente de aprendizaje. Se desvanecen así, paulatinamente, los intentos de convertir (o exterminar) a los partidarios de otras orientaciones.

Por otro lado, junto a los tradicionales estudios sobre la eficacia (que siguen recibiendo el grueso de la financiación), parece imponerse la idea de que es necesario lograr una comprensión más profunda de los mecanismos de cambio. Se observa así una apertura hacia nuevos planteamientos en la investigación (p.ej., el estudio del proceso terapéutico, véase 4.3, o el estudio del efecto de las variables de personalidad en el proceso de cambio) en detrimento del viejo esquema de la comparación de tratamientos.

Finalmente, hay que destacar como resultado no previsto de esta situación el desarrollo del movimiento integrador.[19] Este movimiento, articulado en torno a SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*), constituye un marco de diálogo y estudio que refleja de forma característica los dos puntos anteriores; es decir, fomenta un clima de respeto y diálogo, y promueve nuevas líneas de

19. Esta tercera consecuencia no es ajena al auge de los planteamientos eclécticos, comentado anteriormente a partir de los datos de las encuestas.

investigación. La aparición de este nuevo marco permite acceder a un nivel de elaboración teórica y empírica que va más allá de la investigación intra-escuelas que ha canalizado el desarrollo de la psicoterapia durante décadas.

– *La tendencia hacia el eclecticismo y la integración*

La opción ecléctica, como muestran los datos mencionados al inicio de este capítulo, parece ser la opción más utilizada en la práctica.[20] Eclecticismo, etimológicamente, significa selección de lo mejor de cada teoría, y a lo largo de la historia ha conseguido mayor aceptación en momentos de crisis ideológica o escepticismo (p.ej., en el período helénico romano).

Aunque los modelos eclécticos permiten la apertura y la flexibilidad, favorecen igualmente una selección indiscriminada de elementos de la más diversa procedencia, lo que puede dar lugar a una mezcolanza incoherente de conceptos y técnicas. Por tanto, no hay que suponer que adoptar un enfoque ecléctico conlleve una mejora automática en la actuación del terapeuta. En realidad, existen varios tipos de posturas o enfoques eclécticos de valor muy desigual en cuanto a su contribución al avance de la psicoterapia como ciencia. También son varios los autores que han emprendido la tarea de distinguir entre las diversas formas de eclecticismo (Neimeyer, 1992; Norcross, 1986; Villegas, 1990b), aportaciones que nosotros hemos utilizado para realizar el siguiente intento de sistematización:

1. *Eclecticismo intuitivo o ateórico.* Se nutre únicamente de los procedimientos específicos de las distintas técnicas, con independencia de su marco conceptual. Incurre en el coleccionismo de técnicas y conceptos a veces contrapuestos. Sus partidarios suelen ser poco amantes de la teorización y escogen las técnicas a emplear en base a su atracción subjetiva o a la vivencia y creatividad del momento. Es muy frecuente en la práctica clínica, aunque por motivos teóricos y científicos presenta evidentes problemas.

20. En uno de los estudios que integran los datos presentados anteriormente, Smith (1982) encontró que el 41 % de los 415 encuestados se autodenominaba «ecléctico». Pero al matizar su respuesta, escogían términos bien dispares que reflejan la variedad de significados que se recogen bajo esta etiqueta.

2. *Eclecticismo técnico.* Consiste en la selección de técnicas y procedimientos de orígenes diversos de acuerdo con criterios sistemáticos (pragmáticos o teóricos), sin necesidad de aceptar el marco de referencia o teoría de donde proceden. Fue sugerido por A. Lazarus, cuya propuesta, el multimodalismo, es un ejemplo típico de esta opción (Lazarus, 1981). A menudo acaba precisando de una guía racional o teoría que sea lo suficientemente amplia, potente y flexible como para abarcar de forma coherente elementos dispares.
3. *Eclecticismo sintético.* Dentro del movimiento integrador se conoce también como «integración teórica» puesto que trata de integrar conceptos procedentes de distintas teorías. Villegas (1990b) lo llama integracionismo y distingue entre integración asimilativa (reformulación de los conceptos de una teoría en términos de otra) e integración acomodativa (articulación de elementos teóricos compatibles).

De hecho, estas dos últimas formas de eclecticismo forman parte, junto con la línea de los factores comunes, del movimiento integrador en psicoterapia.

Por un lado, es cierto que el interés por integrar distintas perspectivas psicoterapéuticas es antiguo, remontándose a los clásicos trabajos de French (1933) y Dollard y Miller (1950), y tradicionalmente ha estado centrado en torno al psicoanálisis y la terapia de conducta. Pero, por otro lado, también es cierto que las dimensiones que ha adquirido el movimiento actual para la integración de las psicoterapias son muy notables. Como un exponente de este auge, algunas de las revistas principales del área han dedicado números monográficos al tema de la integración; por ejemplo, *Behavior Therapy*, *Cognitive Therapy and Research*, *British Journal of Clinical Psychology*, y el *British Journal of Guidance and Counselling*. Además, en la actualidad existen dos revistas dedicadas exclusivamente a este tema: el *Journal of Eclectic and Integrative Psychotherapy* y el *Journal of Psychotherapy Integration* (órgano oficial de SEPI). La cuestión de la integración de las psicoterapias también ha tenido eco en los organismos oficiales, particularmente en el seno del NIMH (*National Institute of Mental Health*), que es el principal organismo de provisión de fondos para la investigación en salud mental en los EE.UU. Después de dedicar una conferencia al tema, este organismo

hizo un conjunto de recomendaciones para la investigación en psicoterapia a las que nos referiremos más adelante (Goldfried, 1991).

En 1983 el movimiento integrador en psicoterapia se dotó de una estructura formal con la creación de una sociedad internacional dedicada a estos fines, la SEPI, y en 1990 se constituyó en nuestro país la Sociedad Española para la Integración en Psicoterapia (SEIP), confederada con la primera. En el capítulo 5 abordamos las principales respuestas al reto que la cuestión de la integración supone para todo el campo de la psicoterapia.

— *La tendencia creciente hacia la terapia breve*

En los años de predominio del psicoanálisis, la psicoterapia era un proceso lento de muchas sesiones semanales durante varios años. Aún en informes relativamente recientes (p. ej. Kernberg *et al.*, 1972) se habla de un total de 840 sesiones, aproximadamente. Sin duda, este planteamiento sólo es asumible por determinadas capas de la población. Con la aparición del resto de modelos terapéuticos se ha ido consolidando la tendencia, cada vez más acentuada, hacia el acortamiento del proceso terapéutico. Por ejemplo, los enfoques sistémicos de terapia familiar no sobrepasan las veinte sesiones (Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986). Este número queda por debajo del límite de las veinticinco sesiones, que es criterio generalmente admitido para considerar un tratamiento como breve (Koss y Butcher, 1986). Algunos modelos cognitivos (p.ej., Beck *et al.*, 1979) también defienden la corta duración de sus tratamientos, en torno al límite de las veinticinco sesiones. La modificación de conducta puede resultar también breve. Por ejemplo, Wolpe (1952) informa de setenta casos cuya duración osciló entre 4 y 125 sesiones. Algunos procedimientos específicos, como la implosión, se conciben también como formatos breves. Como describimos más adelante, dentro del modelo psicodinámico se han dado también intentos importantes de reducción del tiempo de tratamiento (psicoterapias dinámicas breves). En su revisión, Koss y Butcher (1986) clasifican las terapias breves en cuatro grupos: psicodinámicas, cognitivo-conductuales, intervenciones en crisis, y otras. En la actualidad, Garfield y Bergin (1986) concluyen que «es obvio que la mayor parte de la psicoterapia que se ofrece al público en general es relativamente breve, tan efectiva como el psicoanálisis, y menos costosa» (pág. 12).

En este sentido, resulta importante recoger aquí algunos datos disponibles sobre la duración de la psicoterapia. Garfield (1986), tras revisar varios estudios, informa del hecho de que dos tercios de los pacientes tratados terminan el tratamiento antes de la décima sesión. En servicios psicológicos que atienden a clientes de clase social baja el 75 % de los casos acude sólo para una sesión, el 15 % para dos y sólo el 10 % para tres o más. Estos datos responden más a una terminación prematura del tratamiento que a un planteamiento breve de la terapia.

Teniendo en cuenta estos datos,[21] la tendencia creciente de las psicoterapias hacia la brevedad supone un sano ejercicio de ajuste a la realidad de la motivación o disponibilidad de los clientes. Pero existe otra razón aún más poderosa en favor de las terapias breves: los estudios sobre efectividad terapéutica. Al comparar distintos tratamientos, la variable relativa a la duración de la psicoterapia no produce efectos diferenciales, por lo que resultan tan efectivas las terapias de larga duración como las breves.[22]

Si las terapias de larga duración no han demostrado ser más efectivas que las breves, las segundas resultan preferibles por varios motivos. En primer lugar, en el plano de la política de salud mental en centros públicos no sería coherente gastar el dinero del contribuyente en tratamientos largos cuando enfoques más breves pueden resultar al menos tan efectivos. En el ámbito privado la cuestión afecta al cliente de forma más directa, con lo que también resulta un problema ético proponer un tratamiento de larga duración.

Por otro lado, hay que recordar que la psicoterapia no es un fin en sí misma, sino que su finalidad es promover un buen funcionamiento del cliente en su medio natural. Cuantas más sesiones dure una psicoterapia más se lo aparta de su medio, y más importante

21. Aún más contundentes son los hallazgos de Howard *et al.* (1986), quienes analizando los datos de estudios basados en más de 2.400 clientes encontraron que a las 8 sesiones, aproximadamente, el 50 % de los clientes habían mejorado sensiblemente. A las 26 sesiones habían mejorado ya el 75 %, lo cual es un dato también muy interesante si consideramos que el porcentaje estimado de mejoría total se sitúa en el 85 %.

22. Asimismo, en la revisión de 60 estudios que investigan específicamente esta cuestión de la duración del tratamiento se confirma también la equivalencia de resultados entre las terapias breves y las de larga duración (Johnson y Gelso, 1980).

deviene el terapeuta dentro de su red social. El tiempo que pasa en la consulta o servicio psicológico lo resta de su tiempo libre que, de otro modo, sería disponible para su mundo social, familiar y personal. El dinero que destina se resta de su capacidad para hacer determinadas actividades potencialmente también terapéuticas. Asimismo, la persona del terapeuta deviene un ser poderosamente importante en la vida del cliente, incluso en comparación con (y quizás en competencia con) otros vínculos familiares o afectivos. Por supuesto, algunos modelos han reivindicado el interés de tal intensidad para el vínculo terapeuta-cliente, pero no se ha probado su mayor eficacia en la práctica.

— *Unas notas acerca del estado actual de la psicoterapia en España*

Uno de los hechos fundamentales de la década de los ochenta en nuestro país ha sido su integración en las estructuras de la Europa comunitaria. Como parte de esta andadura común, la década de los noventa va a ser testigo de la libre circulación de profesionales entre los países europeos. Ello conlleva un esfuerzo de coordinación de criterios también en lo referente a la profesión de psicólogo y especialmente la de psicoterapeuta.

La asociación holandesa de psicoterapeutas ha protagonizado el principal esfuerzo aglutinador frente a una realidad muy dispersa acerca del estatuto del psicoterapeuta en los distintos países europeos. El fruto más concreto de este esfuerzo es la fundación de la EAP (*European Association for Psychotherapy*) (Ávila, 1991).

En nuestro país, la profesión de psicoterapeuta no está reconocida legalmente como tal, en parte por la falta de titulación universitaria específica. El estudio universitario de la psicoterapia se desarrolla en las carreras de psicología y psiquiatría, pero en la práctica hay otros profesionales no titulados que están ejerciendo. Nada de esto es ajeno al hecho de la juventud de la propia psicología como carrera universitaria en España, ni a la corta vida de los colegios de psicólogos.

Pero la equiparación europea nos ha puesto en la situación de tener que actualizar nuestro estatuto profesional, y tres entidades promotoras (Colegio Oficial de Psicólogos, Sociedad Española de Psiquiatría y Asociación Española de Neuropsiquiatría) han unido sus esfuerzos para crear un marco asociativo común y específico del

psicoterapeuta, que permita la integración con la EAP a partir de las asociaciones ya existentes. Estos esfuerzos de coordinación han dado lugar a la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas), entidad que aglutina a la casi totalidad de asociaciones de psicoterapeutas, establece un proceso común de acreditación de psicoterapeutas, e instaura un registro de psicoterapeutas acreditados, todo ello de acuerdo con los baremos que se acuerdan en la EAP. En la tabla 9 se resumen estos criterios.

Tabla 9. *Criterios de acreditación que se consideran en la EAP y la FEAP*

1. Titulación de rango universitario. La licenciatura en psicología (con la especialidad de psicología clínica) y la licenciatura de medicina y cirugía (con la especialidad de psiquiatría) se consideran adecuadas.

2. Un mínimo de tres años a tiempo parcial, en el período de posgrado universitario, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en psicoterapia y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, mediante cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas. Incluirá —si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso— al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones en psicoterapia.

3. Un mínimo de dos años de práctica profesional supervisada, e iniciada tras al menos un año de formación teórica. Al menos incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 100 sesiones de tratamiento. La supervisión de la práctica profesional habrá de realizarse con psicoterapeutas expertos acreditados como tales por las respectivas asociaciones de psicoterapeutas.

4. Un mínimo de seis meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de salud mental, en los cuales el psicoterapeuta en formación pueda tener experiencia directa de la clínica psicopatológica, permitiéndole tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestación de los trastornos mentales, y los distintos profesionales que intervienen en la salud mental.

5. Las secciones ... elaborarán criterios sobre la realización por los candidatos a psicoterapeutas de psicoterapia personal u otros procedimientos que garanticen la capacitación personal del terapeuta...

El hecho de que los criterios de acreditación partan de las licenciaturas de psicología o medicina y requieran una importante formación adicional teórica y práctica supone el reconocimiento de la psico-

terapia como una profesión compleja que requiere una formación muy específica. Ello supone un cambio radical con respecto a la situación previa en la que, en base a la legalidad vigente, el mero hecho de poseer una de estas dos licenciaturas permitía el libre ejercicio. Aunque la constitución de la FEAP no cambia automáticamente la legislación, sí supone una importante definición estatutaria hecha por el propio colectivo de psicoterapeutas, que supone un avance en la regulación de esta profesión en nuestro país.

A su vez, el establecimiento de estos criterios hace explícita y patente una situación anteriormente poco clara, es decir, el hecho de que la formación universitaria de primer y segundo ciclo no es suficiente para un ejercicio responsable de la psicoterapia, y que la profesión requiere de una formación que debe regularse de alguna forma. La estructura federativa de la FEAP otorga a sus asociaciones miembro la autoridad para reconocer la adecuada formación de sus psicoterapeutas afiliados (en base a los criterios mínimos de la FEAP). Pero la cuestión de quién debe llevar a cabo realmente esta formación no está concretada. En la práctica parece que cada asociación establece sus propios centros de formación y práctica, mientras que la universidad queda un poco relegada en esta tarea. Esta estructura hace que todo dependa en última instancia de la asociación a la que el psicoterapeuta se afilie.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

CAPÍTULO III

LA APROXIMACIÓN TEÓRICA

Al hacer una descripción panorámica sobre el estado actual de la psicoterapia, hemos visto que no existe un único modelo psicoterapéutico sino varios marcos referenciales. Las propuestas terapéuticas concretas se sitúan en torno a las cuatrocientas. Dado el carácter inmanejable de semejante cifra, la idea de seleccionar unos pocos marcos referenciales que englobarán con cierta coherencia las propuestas terapéuticas más relevantes nos ha parecido la idea más apropiada para sistematizar este complejo campo. En lo que respecta a modelos con fundamentación teórica, hemos seguido las líneas generales de la agrupación utilizada por Mahoney (1989, 1991): psicodinámicos, humanístico-existenciales, conductuales, cognitivos y sistémicos.

En las páginas que siguen exponemos estos modelos psicoterapéuticos siguiendo un esquema unitario. Éste permite el análisis comparativo, requisito previo para alcanzar una visión integrada de la psicoterapia. Sin embargo, siendo diferentes los pesos de los distintos modelos, habremos de asumir una distribución desigual de los distintos puntos —desigualdad que resulta en sí misma informativa—. Aunque apostamos por este intento sistematizador, no podemos ignorar las dificultades que entraña: diferente grado de homogeneidad entre modelos de un mismo marco, encasillamiento discutible de algunos autores y tendencias, exclusión de algunos enfoques más por su falta de encaje en nuestro esquema que por su valor intrínseco, etc. A pesar de todo ello, creemos que este esfuerzo sistematizador, aunque reduccionista en algunos momentos, es necesario en aras de una presentación estructurada para el lector, quien al avanzar en su formación podrá discriminar mejor las imprecisiones o

sesgos introducidos por la sistematización. Por otro lado, nuestra exposición no pretende ser dogmática o definitiva en cuanto a las agrupaciones realizadas, sino que a menudo advierte, allí donde se aprecia una dificultad especial, posibles versiones alternativas sobre el tema.

El esquema unitario que seguimos a continuación lo hemos concentrado en siete puntos, que son los siguientes:

1. *Desarrollo histórico.* Se aborda la génesis y evolución del modelo, incluyendo los aspectos contextuales relevantes.
2. *Conceptos básicos.* Se describen sucintamente las principales nociones teóricas, así como el núcleo conceptual del modelo.
3. *Método terapéutico.* Se tratan las principales estrategias y técnicas terapéuticas, así como los aspectos procedimentales del proceso terapéutico.
4. *Perspectivas actuales.* Se intentan abordar las principales derivaciones y divergencias del modelo básico, así como las novedades más destacadas.
5. *Formación del terapeuta.* Se incluyen los criterios, argumentos y formatos, que cada modelo ha aportado para la formación terapéutica.
6. *Investigación terapéutica.* Se comentan brevemente los estudios más relevantes realizados desde este modelo.
7. *Valoración crítica.* Se intenta situar al modelo en su contexto y evaluar críticamente sus aportaciones al área.

3.1. Modelos psicodinámicos

En psicoterapia, el término «psicodinámico» se suele identificar con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellas concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. A continuación, revisaremos el modelo psicoanalítico y haremos referencia también, aunque más brevemente, a los modelos de Adler, Jung y también a otros autores psicodinámicos.

El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna. Abarca una teoría de la estructura y el desarrollo de la personalidad, así como de la psicopatología, la relación terapéutica y

el proceso terapéutico. Pero el psicoanálisis es también algo más que un modelo psicoterapéutico. Los puntos de vista de Freud sobre la naturaleza humana han contribuido a cambiar profundamente la imagen que el hombre occidental tenía de sí mismo. Durante el siglo XIX, el progreso tecnológico y científico había alimentado una imagen del hombre como ser racional. Pero las teorías de Freud, junto con otras corrientes irracionalistas, fulminaron esta imagen. En el psicoanálisis el ser humano no sólo no es un ser racional, sino que a duras penas resulta razonable. El hombre es un animal gobernado por fuerzas instintivas que desconoce. Como dijo Pinillos (1962) al resumir esta cuestión, «lo importante del psicoanálisis no fue su pansexualismo, sino su irracionalismo» (pág. 126).

Desde el punto de vista clínico, Freud fue un pionero, en el sentido de que planteó preguntas desde una nueva perspectiva. Baker (1985) sostiene que la premisa central del psicoanálisis, que abre la puerta de la psicoterapia contemporánea y que ha sido incorporada a casi todos los sistemas psicoterapéuticos, es «que personas con diferentes constituciones físicas saludables pueden llegar a enfermar psicológica o físicamente debido al conflicto y la aflicción experimentadas en las relaciones básicas de la vida» (p. 40). La forma particular en que Freud concibió tales relaciones básicas ha sido muy cuestionada, pero es innegable que su planteamiento sentó las bases de la psicoterapia moderna.

3.1.1. Desarrollo histórico

En este punto abordaremos, por un lado, la evolución del pensamiento de Freud, y, por otro, la del movimiento psicoanalítico y sus disidencias.

— La evolución del pensamiento de Freud

S. Freud nació en Freiberg (Moravia) en 1856 y murió en Londres en 1939. Salvo los cuatro primeros años, sus últimos meses, y los viajes a Francia y a los EE.UU., pasó toda su vida en Viena. Ellenberger (1970) resume su biografía diciendo:

> Su vida es un ejemplo de ascenso social gradual desde la clase media baja hasta la alta burguesía... Cuando apenas tenía cin-

cuenta años se halló convertido en jefe de un movimiento cuya influencia se extendió gradualmente por toda la vida cultural del mundo civilizado, por lo que en la sexta década había logrado fama mundial. Cuando murió en Inglaterra, se le honró como símbolo de la lucha por la libertad contra la opresión fascista (págs. 474-475).

Antes de abordar la evolución del pensamiento de Freud conviene centrar la atención en algunos aspectos contextuales relevantes del ámbito en que se desenvolvió el creador del psicoanálisis. El ámbito científico de la segunda mitad del siglo XIX estaba dominado por una imagen mecanicista del hombre y del universo, sustentada por la física de Newton, que se aceptaba como una descripción exacta de la realidad del mundo externo. Se enfatizaba la observación objetiva en la recolección de datos y la organización reduccionista de los mismos con el propósito de delinear leyes descriptivas y predictivas. En el ámbito de la medicina dominaban las tesis somatogénicas «localistas», es decir, la idea de que cada enfermedad debe de poseer una lesión orgánica correspondiente. Aunque, con el tiempo, Freud abandonó las tesis materialistas, se mantuvo fiel al espíritu mecanicista de la física de su tiempo. Ésta, en definitiva, le sirvió de modelo para abordar la dinámica de los fenómenos mentales.

Aunque no es éste el lugar para plantear la cuestión de hasta qué punto Freud estuvo influenciado por lo que se ha dado en llamar la «moral victoriana», lo cierto es que no pudo escapar al espíritu de su época.[23] Éste incluía las tesis evolucionistas de Darwin, los epígonos

23. Dado este contexto, no debe extrañarnos la opinión de Freud acerca de las mujeres. Ésta queda bien expresada en la siguiente cita extraída de una carta que escribió a su novia a propósito del texto *La emancipación de las mujeres* de J.S.Mill, considerado uno de los mejores panfletos feministas del siglo XIX: «Parece totalmente huérfana de realismo la idea de incorporar a la mujer a la lucha por la existencia en las mismas condiciones que el hombre. ¿Acaso puedo yo imaginarme a mi dulce y delicada amada como un competidor?... La naturaleza delicada de la mujer... necesita protección. Su emancipación nos arrebataría la cosa más encantadora que el mundo puede brindarnos: nuestro ideal de feminidad... La posición de la mujer no puede ser otra que lo que es: ser una prenda adorada en su juventud y convertirse en una amada esposa en su madurez» (citado en Leahey, 1980, pág. 314).

No hace falta declararse feminista para sostener que, en este aspecto como en otros (por ejemplo, se opuso a innovaciones tecnológicas como la bicicleta o la

del Romanticismo así como otras corrientes irracionalistas; en particular, son detectables en la obra de Freud las influencias de Schopenhauer y Nietzsche. Siguiendo a Wyss (1961), las influencias más visibles en la obra de Freud son las siguientes:

– J.H. Herbart (1776-1841), que postulaba una concepción asociacionista de la conciencia, que incluía la distinción entre preconsciente y consciente así como la concepción de la percepción como un juego de equilibrios entre fuerzas dinámicas.
– G.T. Fechner (1801-1887), creador de la psicofísica, cuya noción de umbral sirvió de inspiración para el concepto de censura.
– E. Brücke (1819-1892) y T. Meynert (1833-1892), fisiólogos y maestros de Freud, en cuyos trabajos aparecen, entre otras, la noción del afecto como suma de excitación y la distinción entre procesos primarios (necesidades de la vida) y procesos secundarios que regulan a los primeros.
– F. Brentano (1838-1917), creador de la psicología del acto que concebía al Yo como una función autónoma.

También hay que tener en cuenta la influencia de J. Breuer, mencionada en el apartado 2.3, y la aportación de P. Janet al tratamiento de los pacientes histéricos sustentado en la existencia de cadenas de ideas subconscientes fijas. Además, el psiquiatra vienés M. Benedikt había defendido ya la importancia de la fantasía en la vida neurótica y la frecuencia de los traumas sexuales en la histeria. Aunque esta lista de influencias resulta muy parcial e incompleta, apunta en la misma dirección que los estudios bien documentados sobre el tema (p.ej., Ellenberger, 1970): el psicoanálisis no fue, en modo alguno, una creación *ex nihilo* de la cabeza de Freud, sino una síntesis creativa de elementos presentes en su época.

A la hora de exponer la evolución de la obra de Freud, resulta común dividirla en varias etapas, marcadas por los principales cam-

---

máquina de escribir), Freud fue un hombre del siglo XIX, anclado en los valores de la sociedad vienesa de las dos décadas que precedieron al fin de siglo –años en los que Freud se formó como médico en el centro más avanzado de la época, formó una familia y configuró las bases del movimiento psicoanalítico.

bios de orientación en su teoría: etapa prefundacional (1886-1895), etapa fundacional (1895-1900), psicología del Ello (1900-1914), psicología del Yo (1914-1939).[1] A continuación exponemos una suscinta panorámica de la evolución del pensamiento de Freud (Ellenberger, 1970; Fine, 1979; Laplanche y Pontalis, 1968; Leahey, 1980).

Etapa prefundacional (1886-1895). Abarca desde cuando Freud abre su consulta privada hasta la publicación de *Los estudios sobre la histeria*. La labor de Freud se centra en la clasificación y diferenciación entre distintas neurosis y en la búsqueda de un método de tratamiento (como vimos en el apartado 2.3), y también en la búsqueda de un modelo psicológico. Inspirados en la física de la época y en la propuesta psicofísica de Fechner, varios neurólogos habían intentado correlacionar los procesos psicológicos con estructuras neurológicas específicas. Freud, siguiendo a sus maestros Brücke y Meynert, escribió en esta línea un *Proyecto de una psicología científica para neurólogos* (1895/1950), que no llegó a publicar en vida. En este trabajo se especulaba sobre la distribución y circulación de la energía psíquica a través de ciertas estructuras cerebrales hipotéticas. Se definían los procesos psíquicos como «estados cuantitativamente comandados por partes materiales comprobables» y se intentaba definir las funciones psíquicas como alteraciones cuantitativas de la energía psíquica. Aunque algunas de las ideas formuladas aquí se incorporaron más tarde a la teoría psicoanalítica, Freud abandonó estas especulaciones reduccionistas.

Etapa fundacional (1895-1900). La adopción de la asociación libre y el abandono de la teoría de la seducción son rasgos muy destacados de esta etapa. El término psicoanálisis aparece por primera vez en algunos escritos de 1896 en conexión con la adopción del método de la asociación libre como piedra angular de la investigación y el tratamiento. Este método no sólo se utilizó en el tratamiento de sus pacientes, sino que también le sirvió a Freud para realizar su propio autoanálisis, que, en buena medida, llevó a cabo en correspondencia epistolar con su amigo W. Fliess y que le sirvió para verse libre de sus propios síntomas depresivos. Realizando su propio autoanálisis, Freud descubrió sus deseos incestuosos hacia su madre que, bajo la formulación de «complejo de Edipo», elevó a la categoría de motivo universal.

La formulación y posterior abandono de la teoría de la seducción

se produce en el contexto de la investigación conjunta de Freud y Breuer. Freud toma como punto de partida la idea de Breuer de que la histeria está determinada por experiencias traumáticas, cuyo recuerdo inconsciente reaparece de forma simbólica en los síntomas de la enfermedad y que se puede curar trayendo el recuerdo a la conciencia. Pero al buscar las experiencias traumáticas en la terapia a menudo se encontraban sucesos triviales, no relacionados con el síntoma. Breuer explicaba este problema diciendo que el trauma había sido adquirido en un estado hipnótico, de estrechamiento de la conciencia. Pero Freud rechazaba esta idea y sostenía que los temas recordados por los pacientes sólo eran enlaces en una cadena asociativa, detrás de los cuales existían traumas más elementales. A medida que las cadenas asociativas se desplegaban en la terapia, revelaban sucesos de naturaleza sexual ocurridos en la pubertad. Pero, de nuevo, estos sucesos frecuentemente parecían triviales, por lo que Freud supuso que eran sólo causas precipitantes, es decir, que se trataba de sucesos por medio de los cuales se revivían recuerdos inconscientes de un trauma anterior en la infancia, que siempre tenía una naturaleza sexual. Freud informa del hecho de que en 18 casos analizados todos los pacientes habían sido víctimas de una seducción por parte de un adulto de su ambiente inmediato. En su momento estas experiencias no dejaron una impresión aparente, pero su efecto traumático se revivió por medio de sucesos en apariencia triviales en la pubertad (Ellenberger, 1970). A partir de esta teoría, Freud propuso una clasificación etiológica de las neurosis, en la que distinguía entre «neurosis reales», que tienen su origen en la vida sexual actual del paciente, y «psiconeurosis», cuyo origen reside en la vida sexual pasada. Entre estas últimas figuran la histeria, que se considera el producto de un abuso sexual perpetrado por un adulto y sufrido en la infancia pasivamente, y las neurosis obsesivas, que tienen idéntico origen, con la diferencia de que el niño jugó un rol más activo y llegó a sentir placer.

En 1896 Freud consideró su teoría de la seducción como un gran descubrimiento porque pensaba que con ella no sólo podía curar los síntomas de la histeria, sino también la predisposición a la histeria. Sin embargo, un año más tarde, en una carta a Fliess reconoce que las fantasías de sus pacientes le han llevado a engaño. A partir de este momento, Freud sostiene que el inconsciente no distingue entre realidad y fantasía, de modo que la reconstrucción de los sucesos del

pasado y la exploración de las fantasías de sus pacientes se convierten en las dos caras de una misma moneda.[24]

Psicología del Ello (1900-1914). En esta etapa se desarrolla el edificio teórico del psicoanálisis, en torno al concepto de libido. La libido es la energía de la pulsión sexual, que no debe entenderse en un sentido genital, sino como la fuente esencial de la energía psíquica. Las pulsiones libidinales pueden descargarse, reprimirse, sublimarse o tramitarse, mediante formaciones reactivas. A su vez, las transformaciones de la libido modulan la elección de objeto (es decir, las relaciones interpersonales) y la formación de la estructura del carácter. Desde este punto de vista, la neurosis es el resultado de una fijación en cierta fase de la sexualidad infantil o de una regresión a ésta. En cuanto a las obras más importantes de este período destaca *La interpretación de los sueños*, publicada en 1900 y que Freud consideraba entre sus obras más logradas. En el capítulo VII de esta obra Freud elabora la noción de inconsciente en una primera propuesta metapsicológica conocida como «la primera tópica». Se describen también los mecanismos de represión, censura y resistencia. Freud considera que los sueños son realizaciones de deseos o, mejor dicho, realizaciones vicarias de deseos sexuales inaceptables y reprimidos. El sueño es, además, un proceso regresivo en tres sentidos: tópico, del consciente al inconsciente; temporal, del presente a la infancia; y en el plano de la representación, de la codificación simbólica a la pictórica. Desde el punto de vista psicoterapéutico, las innovaciones más interesantes introducidas por Freud en el análisis de los sueños residen en (a) la aplicación de la asociación libre como método para analizar los sueños y (b) la introducción del análisis de los sueños como instrumento terapéutico. Además, utilizando el mismo esquema interpretativo, Freud analiza los *lapsus* o actos cotidianos llamados parapraxias, en la *Psicopatología de la vida cotidiana*, publicada en 1904. Al año siguiente, Freud publica *Tres ensayos sobre teoría sexual*. En el primero se ocupa de clasificar las desviacio-

24. Aunque Freud reconoció la importancia del abuso sexual «real» en la formación de la personalidad del niño, y su tremendo efecto traumático, los estudiosos actuales del tema sugieren que este giro en la teoría psicoanalítica ha desviado la atención de los profesionales de la salud mental de un tema que cada día se revela como más acuciante y extendido, y que antes apenas se mencionaba (posiblemente no porque antes no se diese sino porque los profesionales no atendían a ello, ni facilitaban su desvelamiento).

nes sexuales según el objeto y el propósito. En el segundo trata de la sexualidad infantil, y en él se expone la conocida sucesión de fases del desarrollo psicosexual. En el tercero se abordan los cambios sexuales en la pubertad y se intenta trazar la diferenciación psicosexual entre hombre y mujer.

Psicología del Yo (1914-1939). La teoría psicoanalítica entra en una fase de revisión y sistematización. En 1915 Freud anuncia que trabaja en un libro titulado *Introducción a la metapsicología*, que estaba proyectado en doce capítulos, de los que sólo cinco vieron la luz. Concibe la metapsicología como un sistema que describiría los hechos psicológicos desde el punto de vista topográfico (distinción entre inconsciente, preconsciente y consciente), dinámico (fuerzas psíquicas en conflicto) y económico (regulación de las fuerzas psíquicas por medio del principio del placer-displacer). En 1920, Freud publica *Más allá del principio del placer*, en el que se reconoce que el principio del placer está limitado por el principio de realidad y que los impulsos originariamente placenteros, una vez reprimidos, pierden esa cualidad. Un poco más tarde, en *El Ego y el Id*, Freud formula la «segunda tópica», en la que propone las instancias psíquicas del Ello, Yo y Superyó. A partir de este modelo, el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico; las neurosis se contemplan como un conflicto entre instancias psíquicas y el propósito del psicoanálisis se define como aliviar al Yo de las presiones tanto del Ello como del Superyó y ayudarle a adquirir fuerza. Durante esta etapa, Freud introduce cambios importantes en su teoría pulsional. Introduce la noción de pulsión de muerte (*Thanatos*) que entiende como la tendencia fundamental de todo ser vivo a volver al estado inorgánico. Otros aspectos importantes de este período son la formulación de los mecanismos de defensa, desarrollados por su hija Ana, y los estudios mítico-culturales.

— La evolución del movimiento psicoanalítico y las principales disidencias

El psicoanálisis, casi desde sus orígenes, generó sus propios canales de autoperpetuación. Ellenberger (1970), después de revisar minuciosamente una ingente cantidad de datos históricos, aborda la cuestión de cuál fue la originalidad de Freud y, al margen de reconocer la síntesis creativa que supuso el método psicoanalítico, sostiene que la novedad más significativa que Freud introdujo fue:

> La fundación de una «escuela» según un patrón que carece de paralelismos en la época moderna, pero que supone un revivir las antiguas escuelas grecorromanas..... Casi desde el principio, Freud hizo del psicoanálisis un movimiento con su propia organización y editorial, sus reglas estrictas de pertenencia y su doctrina oficial, a saber, la doctrina psicoanalítica (Ellenberger, 1970, pág. 550).

En 1902, Freud, después de ser nombrado profesor extraordinario de la Universidad de Viena, comenzó a reunir a un grupo de seguidores los miércoles por la noche en su casa. Los primeros seguidores fueron Kahane, Reitler, Adler y Stekel. A este grupo pertenecieron también Abraham, Ferenci, Jones, Jung, Rank y Reich. En 1908, un grupo de 42 seguidores celebran junto con Freud una reunión informal en Salzburgo, en la que se presentan algunos trabajos. Más adelante se llama a esta reunión el I Congreso Internacional de Psicoanálisis. Dos años más tarde se celebra en Nuremberg el II Congreso Internacional, en el que se funda la Sociedad Psicoanalítica Internacional, de la cual C.G. Jung será su presidente mientras Adler y Stekel se hacen cargo de la edición de la revista psicoanalítica.

Esta rápida configuración del movimiento psicoanalítico corrió paralelo a la difusión de las ideas de Freud, que provocaban, al mismo tiempo, gran admiración y gran rechazo, tanto en los círculos profesionales como en los populares. En 1909, Freud y Jung fueron invitados por S. Hall a las ceremonias de inauguración de la Universidad de Clark en los EE.UU., y sus conferencias tuvieron una gran acogida. Pero junto al reconocimiento también aumentaron las críticas contra los psicoanalistas. Entre las objeciones más comunes que sus colegas les hacían, figuran las siguientes:

1. En lugar de demostraciones científicas, los psicoanalistas hacen afirmaciones dogmáticas y emocionales. Son únicos en el modo en que defienden a Freud, comparándolo con hombres como Kepler o Newton, y en el modo en que atacan a sus adversarios, tratándolos de neuróticos.
2. Sus afirmaciones son inverificables, y sus argumentos tienen la forma retórica de «sabemos por experiencia psicoanalítica que....» y no aceptan los argumentos críticos a los que se refieren como «resistencia neurótica».

3. Se llaman a sí mismos innovadores e ignoran completamente el trabajo de los demás.
4. Han reducido la ética a la sexualidad.
5. Dan a conocer sus teorías al público como si éstas hubieran sido científicamente probadas.

Estas críticas, formuladas en un congreso internacional por un médico de la época (citadas en Ellenberger, 1970), dan una idea bastante clara del talante que el psicoanálisis había adquirido. Y también ponen de manifiesto que las críticas posteriores aportaban pocas novedades. Por su parte, los propios psicoanalistas tenían que defenderse de los advenedizos e intrusos incompetentes que empezaron a florecer interpretando como símbolos sexuales absolutamente cualquier cosa. Jung, en calidad de presidente de la Asociación Psicoanalítica, escribió una carta diciendo que estaba saturado de literatura psicoanalítica extravagante; el detonante de esta carta parece que fue un trabajo en el que se interpretaba la figura de Jesucristo como un símbolo del acto sexual. Ante este tipo de prácticas descontroladas, Freud describió el «psicoanálisis salvaje». Se impuso la regla de que solamente podrían ejercer el psicoanálisis aquellos que se hubieran sometido a una rigurosa formación, que incluía un psicoanálisis personal didáctico.

Por iniciativa de E. Jones (1879-1958), hacia 1913, se creó un comité para proteger y difundir la obra de Freud.[25] Los miembros iniciales de este comité fueron K. Abraham, S. Ferenczi, E. Jones, O. Rank y H. Sachs; un poco más tarde se unió al grupo M. Eitingon. Todos ellos habían recibido de manos de Freud un anillo con una gema labrada, en señal de alianza (Kritz, 1985). Desde Viena, Freud escribía cartas que su secretario personal, O. Rank, se encargaba de hacer llegar a Berlín (K. Abraham, H. Sachs y M. Eitingon), a Londres (E. Jones) y a Budapest (S. Ferenczi). Este grupo facilitó la difusión de las ideas psicoanalíticas, aunque fue incapaz de dirigir el desarrollo del psicoanálisis, que se expandió en distintas direcciones.

25. En una carta a Jones, de agosto de 1912, citada por éste en 1955, Freud dice: «Lo que inmediatamente cautivó mi imaginación es tu idea de un concilio secreto compuesto por los mejores y más fieles de nuestros amigos, el cual vigile el ulterior desarrollo del psicoanálisis y defienda nuestra causa contra las personalidades y accidentes cuando yo falte... Me atrevería a decir que haría más fácil mi existencia y también mi muerte el saber que existe semejante asociación para vigilar mi obra».

El primero en abandonar el movimiento para crear su propio sistema fue *Alfred Adler*. En 1911 renunció, junto con otros nueve socialistas, a la Sociedad Psicoanalítica, al parecer debido a discrepancias teóricas con Freud centradas en aspectos de la teoría de la libido. Para Adler, la concepción de Freud de una libido puramente sexual no era lo suficientemente social como para incorporar aspectos como la voluntad de poder. Adler creó su propio sistema terapéutico que, curiosamente, denominó «psicología individual». Su actividad terapéutica se extendió a las organizaciones relacionadas con el movimiento de reforma pedagógica que floreció en Viena durante los años veinte. Concretamente a partir de 1920, Adler abrió consultas para maestros en las que se enseñaba a éstos a conocer los problemas de los niños desde el punto de vista de la psicología individual. Estas consultas se extendieron también a los padres y al tratamiento de los propios niños. En este sentido, cabe considerar a Adler como un pionero de la psicología comunitaria. De hecho, Kriz (1985) indica que, en la década de los años cuarenta, la psicología individual se enseñó en Alemania bajo el nombre de psicología comunitaria. A principios de los años treinta, Adler trasladó su residencia a Nueva York y sus ideas adquirieron gran difusión en los EE.UU.

A continuación vino el abandono del hombre en el que —se dice— Freud creía haber encontrado un sucesor: *Carl G. Jung*. Entre 1900 y 1909, Jung trabajó en el Burghölzi de Zurich bajo la dirección de E. Bleuler (1857-1939). En 1907, acompañado de L. Binswanger, fue a visitar a Freud y a partir de este momento colaboraron muy estrechamente. En Zurich se empezó a aplicar el test de asociación de palabras, creado por Jung, para investigar aspectos concretos de la teoría de Freud. Al parecer, las divergencias entre Jung y Freud tuvieron su origen, de nuevo, en la teoría de la libido. Mientras Freud seguía manteniendo una concepción puramente energética y sexual de la misma, Jung le había dado una interpretación más amplia, hasta concebirla como energía anímica. Además, la concepción del inconsciente de Jung también era diferente; para éste, junto al inconsciente individual, formado por los contenidos personales de la ontogenia, existía también un inconsciente colectivo, formado por los contenidos de la evolución filogenética. Durante el IV Congreso de la Asociación Psicoanalítica, celebrado en Munich en 1913, Jung fue reelegido presidente, pero la ruptura con Freud ya se había consumado. Al año siguiente, Jung dimitió de la Asociación y a partir de entonces llamó a su sistema «psicología analítica».

Otra disidencia importante es la de *Wilhelm Reich* (1897-1957), quien se había unido a Freud en 1920 y se preocupó por mejorar la técnica psicoanalítica, proponiendo una actitud más activa por parte del terapeuta mediante el análisis de lo que Reich llamó «resistencia caracteriológica». Tal resistencia se expresaba más en el «cómo» que en el «qué» del material presentado y también por toda una serie de aspectos relacionados con la comunicación no verbal. Caparrós (1979) señala cómo Reich inició así el paso de la palabra al movimiento corporal en la historia de la psicoterapia.

Algunos psicoanalistas ortodoxos han valorado bastante la aportación inicial de Reich, aunque su evolución posterior conlleva diferencias radicales tanto teóricas como prácticas. A nivel teórico describió la formación del carácter y desarrolló un modelo económico basado en una concepción de la energía claramente biológica y de naturaleza sexual, en marcado contraste con las últimas propuestas freudianas. La agresión era para Reich fruto de la frustración de las tendencias sexuales y no una pulsión en sí misma. El conflicto con Freud tuvo su máxima expresión en la discusión del fenómeno masoquista, que llevó a la salida de Reich de la API.

A Reich se le conoce también por su militancia comunista, y, en consecuencia, por sus formulaciones freudo-marxistas. Pero la relevancia de su aportación para la historia de la psicoterapia radica en el desarrollo de una conceptualización y una práctica terapéuticas basadas en la energía corporal, supuestamente en detrimento de la intervención por la palabra y los aspectos cognitivos (Feixas, 1985). En efecto, después del análisis del carácter Reich desarrolló un método terapéutico que denominó «vegetoterapia caracterioanalítica», de la cual se derivan varios procedimientos terapéuticos (que, como la bioenergética de Lowen, se sumaron al movimiento de la psicología humanística), y finalmente la terapia orgonómica. En Reich (1942 y 1949) se halla una recopilación de sus principales escritos terapéuticos. Su influencia ha sido reconocida en el pensamiento de Perls (creador de la terapia guestáltica) y Janov (creador de la terapia primal) entre otros, y se pueden hallar paralelismos de sus formulaciones en la obra de Wallon y Ajuriaguerra (Feixas, 1985).

Otros discípulos de Freud que realizaron aportaciones al desarrollo y difusión del movimiento psicoanalítico fueron:

– S. Ferenci (1873-1933), discípulo y amigo personal de Freud.

Desarrolló una teoría del desarrollo del sentido de realidad, pero en su afán de fortalecer el Yo del paciente, Ferenci propuso unos métodos de cuidado maternal que recibieron fuertes críticas por parte de Freud.

– O. Fenichel (1898-1946), que se mantuvo dentro de la ortodoxia, pero abogó por la adecuación del psicoanálisis a distintos contextos culturales.

– K. Abraham (1877-1925) fue uno de los discípulos más cercanos de Freud. Después de la Primera Guerra Mundial fundó en Berlín la Policlínica Psicoanalítica y el Instituto de Formación, en el que estudiaron analistas importantes. Entre los psicoanalistas que hicieron análisis didácticos con Abraham figuran los siguientes: F. Alexander (1891-1964), que hizo importantes aportaciones a la medicina psicosomática y a la psicología del Yo; M. Klein (1882-1960), que desarrolló el psicoanálisis para niños e introdujo nuevas ideas sobre las primeras formas del Yo y el predominio de los mecanismos de proyección e introyección en la primera infancia; K. Horney (1885-1952), que desarrolló un sistema propio. También E. Fromm (1900-1980) y M. Balint (1896-1970) se formaron en el Instituto de Berlín.

Con el ascenso del movimiento nazi, la mayor parte de los psicoanalistas emigraron hacia Inglaterra y los EE.UU. En 1938, Freud, acompañado por su hija y discípula Ana (1895-1982), fueron acogidos en Londres por Jones, que unos años antes ya había acogido a M. Klein. Pero la mayoría emigró a los EE.UU. Allí tuvieron que adaptarse a una realidad marcada principalmente por la depresión económica que este país atravesó durante los años treinta. En este contexto, muchas de las ideas psicoanalíticas originales perdieron sentido y tanto la técnica como la teoría sufrió importantes alteraciones. Éstas se pueden resumir en dos tendencias principales: a) la tradición neopsicoanalítica y b) la tradición analítica del Yo. Ambas asignan un papel menor a los factores instintivos e inconscientes y otorgan más relevancia a los factores psicosociales, y se considerarán con mayor detalle más adelante.

3.1.2. Conceptos básicos

El psicoanálisis[26] ha sido definido por Laplanche y Pontalis (1968) en función de los tres niveles siguientes:

1. Un método de investigación, que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias (sueños, ensueños, fantasías) de un individuo y que utiliza la observación natural y la inferencia inductiva.
2. Un método psicoterapéutico, basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo.
3. Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas, en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento.

A estos tres aspectos, Baker (1985) añade un cuarto, que es el de ser una filosofía social. De entre todos ellos, centraremos nuestra atención en aquellos directamente relacionados con el método psicoterapéutico.

Los conceptos básicos del psicoanálisis se encuentran formulados en, al menos, cinco modelos distintos de las estructuras psíquicas que se han llegado a distinguir en la obra de Freud. Éstos son los siguientes: el modelo topográfico, el modelo económico, el modelo dinámico, el modelo de desarrollo genético y el modelo estructural. A continuación revisaremos los aspectos básicos de cada uno de ellos.

Modelo topográfico. Freud elaboró este modelo durante la etapa fundacional del psicoanálisis. A partir de él, la mente humana se concibe como una estructura compleja que funciona en niveles diferentes. Distingue tres niveles de conciencia: el inconsciente, el preconsciente y el consciente. El primero, el inconsciente, es el nivel más

26. No resulta fácil definir los conceptos psicoanalíticos porque muchos de ellos tuvieron significados distintos en distintas épocas y su utilización no es ni homogénea ni clara en muchos casos. En cualquier caso, nuestra presentación constituye una necesaria simplificación de una teoría compleja y cambiante (al menos en vida de Freud).

determinante de la conducta, especialmente de la conducta patológica. En él se almacenan los recuerdos e imágenes no accesibles al sujeto en estado normal de vigilia. El inconsciente está gobernado por sus propios principios: es ilógico, atemporal, puede simultanear sucesos del pasado y del presente, etc. Los procesos gobernados por principios inconscientes se llaman procesos primarios, para distinguirlos de los secundarios, que son ordenados y conscientes. El preconsciente es una región vagamente definida que media entre el inconsciente y el consciente. Ciertos contenidos inconscientes pueden en ocasiones traspasar la barrera y entrar en el preconsciente, por ejemplo, cuando el sujeto tiene la sensación de recordar algo molesto o preocupante. Por último, el consciente es la parte racional del sujeto, se identifica con el propio Yo y es el responsable de las actividades cognitivas y de relación con el mundo exterior. Este modelo está ejemplificado en el capítulo VII de la *La interpretación de los sueños*.

Modelo dinámico. Este modelo entiende los fenómenos mentales como el resultado de fuerzas en conflicto. Los conflictos surgen de la necesidad de reducir (descargar) la tensión generada por las presiones instintivas sexuales y agresivas, por un lado, y, por otro, por las defensas construidas para inhibir la expresión consciente de estos instintos. Los síntomas se ven como el resultado de la formación de un compromiso para resolver el conflicto entre los impulsos instintivos y las defensas que se les oponen. Se da por supuesto que los síntomas comunican simbólicamente el compromiso del que forman parte y se supone también que éstos incluyen una gratificación parcial de los instintos. Por ejemplo, la parálisis histérica de un brazo se puede concebir como un compromiso entre el deseo de golpear a alguien y la inhibición en contra de esta acción de golpear, por temor a rechazos o represalias (Baker, 1985).

Modelo económico. Este modelo se ocupa de la distribución, transformación y gasto de energía que regula la conducta y la vida psíquica. El elemento básico de este modelo es el concepto de libido, que sufrió varios cambios a lo largo de la obra de Freud. Como hemos visto, en un primer momento Freud concibió esta energía como energía cuantificable, derivada de los procesos físico-químicos, en concordancia con el cientismo naturalista de la época. Pero, a partir de 1900, la analogía energética se va convirtiendo cada vez más en

una metáfora formal y adquiere un status ambiguo.[27] En este modelo, el proceso primario corresponde al proceso mediante el cual la energía circula libremente y puede descargarse, mientras que el proceso secundario consiste en la regulación de dicha energía que queda «vinculada» o que circula de un modo controlado. El proceso primario se encuentra comprometido con el principio del placer, mientras que el proceso secundario lo está con el principio de realidad. A este modelo pertenecen nociones tales como catexia (relación entre una necesidad y un objeto que satisfaga esa necesidad) y desplazamiento.

Modelo genético. Este modelo se ocupa del desarrollo de los fenómenos psíquicos y concibe la formación de la personalidad a través de unas fases o estadios del desarrollo psicosexual. Se postula que el progreso normal de una fase a otra puede alterarse por exceso o defecto de gratificación de la actividad básica de cada fase. Esta alteración puede conducir al desarrollo de patrones característicos de personalidad y conducta en la vida adulta. Las nociones de fijación y regresión de la evolución psicosexual son claves para la comprensión psicoanalítica de la personalidad del sujeto. En síntesis, las fases propuestas por Freud son las siguientes:

– La fase oral (primer año). La zona erógena (zona más sensible de gratificación libidinal) es la boca y en esta fase se incluyen las actividades de chupar relacionadas con aquélla. Según Freud, la fijación en este estadio producirá comportamientos adultos relacionados con actividades orales, tales como comer, beber, fumar, o aquellas que sean simbólicamente equivalentes, tales como coleccionar cosas.

– La fase anal (segundo año). El centro de gratificación libidinal es la zona anal y las funciones de expulsión y retención de heces conectadas con ella. La fijación en este estadio producirá problemas relacionados con el exceso o defecto de control de los impulsos fisiológicos (p.ej., eneuresis, estreñimiento, etc.) o de rasgos de conducta

27. El status del concepto de libido es una cuestión relevante, porque está en el origen de las disidencias más importantes del psicoanálisis. Jung se apartó de Freud al considerar la libido como energía psíquica desligada de la excitación nerviosa y de la sexualidad. Por su parte, W. Reich discrepó tanto de Freud como de Jung y concibió la libido como una energía material (físico-química) y, particularmente, sexual, aferrándose así al paradigma biológico. Estas divergencias en el tema de la naturaleza de la libido dieron lugar a sistemas terapéuticos bien distintos (Feixas, 1985).

simbólicamente equivalentes (p. ej., avaricia, despilfarro, etc.).

— La fase fálica o edípica (entre los tres y cinco años). La zona más gratificante son los genitales y su estimulación es el principal centro de placer. Éste es uno de los estadios más centrales y controvertidos de la teoría de Freud. Se postula que de la correcta superación de esta fase, que entraña el complejo de Edipo, depende el ajuste a los miembros del sexo opuesto.[28] Las fijaciones en esta etapa pueden conducir a problemas de identidad sexual. La superación de la misma, por el contrario, implica la adopción de las normas y preceptos impuestos por los padres, a través del proceso de identificación, que constituye el origen del Superyó.

— La fase genital constituye el estadio psicosexual adulto y se caracteriza por el desarrollo de la capacidad orgásmica y la posibilidad de acompañar las sensaciones generadas en la relación sexual con sentimientos de afecto, ternura, entrega, etc.

Modelo estructural. En este modelo el aparato psíquico se divide en varias unidades funcionales que se desarrollan a partir de la maduración biológica y la interacción social. Las estructuras básicas que propone son el Ello, el Yo y el Superyó. El Ello es la instancia psíquica más antigua, tanto desde el punto de vista filogenético como ontogenético. Recibe toda su energía de los órganos interiores y no mantiene contacto directo con el mundo exterior. Se considera

28. La experiencia del complejo de Edipo consiste en lo siguiente: el niño desarrolla fuertes sentimientos de atracción hacia su madre, que satisface sus necesidades, y de miedo hacia su padre, que es visto como un rival. Este miedo se convierte en «ansiedad de castración» (miedo a perder sus órganos genitales). Esta ansiedad conduce a la represión de sus deseos sexuales hacia su madre y a la identificación con el padre, a través del cual puede conseguir una satisfacción vicaria de sus deseos sexuales. Esta es la secuencia de una resolución saludable del complejo de Edipo para el caso del niño que en adelante crecerá buscando mujeres con características similares a las de la madre, según Freud. En el caso de las niñas, la situación es más complicada y más ambigua. Freud sostiene que las niñas comienzan igual sintiéndose atraídas por la madre, pero que se desilusionan al descubrir que ésta no tiene un pene. La niña culpabiliza a la madre por haberla privado de tan valioso órgano y, en contrapartida, se siente atraída por el padre que posee el pene que ella aspira a tener. Pero esta atracción está mezclada con la envidia de que él tenga lo que ella no tiene, de modo que el conflicto no logra resolverse y las mujeres permanecen sexualmente ambiguas. De hecho, Freud sostenía que la única esperanza para la mujer era llegar a tener un hijo varón, única forma con la que lograría «poseer» un pene aunque, en definitiva, tal posesión resulte simbólica.

la fuente de la energía psíquica y contiene todas las pulsiones e instintos biológicos básicos sin socializar. Se rige por el principio del placer. En contraposición, el Superyó surge del proceso de socialización, por medio de la internalización de las normas y valores paternos. Su finalidad es la adaptación a los imperativos morales del medio. En su función de conciencia moral retoma tareas que, en principio, ejercían los padres, tales como vigilar y castigar las actividades que nacen del Ello. El Yo es una instancia situada entre el Ello y el Superyó y su función es llegar a compromisos entre ambas, es decir, satisfacer las necesidades emocionales básicas, por un lado, y tomar en cuenta las restricciones necesarias para no entrar en conflicto grave con las normas existentes, por otro. En consecuencia, el Yo opera a través del principio de realidad y cumple funciones de decisión y control. Para ilustrar la relación entre el Yo y el Ello se ha utilizado la imagen de un jinete sobre un caballo —imagen que recuerda a la utilizada por Parménides—. Freud incorporó a este modelo elementos del primer modelo topográfico, de modo que junto a las tres instancias psíquicas, distinguió entre inconsciente, preconsciente y consciente. El Ello es totalmente inconsciente, el Yo es consciente y el Superyó puede ser parcialmente inconsciente, debido a que gran parte de las demandas y valores sociales se aceptaron en la primera infancia.

Todos estos conceptos son importantes para entender el principal objetivo del método psicoanalítico, *hacer consciente lo inconsciente*. Pero además de estos esquemas teóricos, para entender el método terapéutico psicoanalítico conviene resaltar otros conceptos relacionados. El primero de ellos es el principio de la determinación múltiple de la conducta, que establece que un mismo efecto es el resultado de múltiples motivaciones parciales. Este principio es una consecuencia del determinismo psíquico que postula el psicoanálisis, y en la práctica exige no darse por satisfecho con una sola causa psíquica y localizar las motivaciones por varias vías. Este principio es clave para entender la utilización de la asociación libre. Partiendo de él, se postula que hasta las ocurrencias más absurdas e incoherentes están determinadas; y aunque el motivo no sea aparente a primera vista, por medio del análisis podrá reintegrarse en su contexto. De aquí también que se postule que toda conducta tiene un significado.

El segundo principio que hay que destacar es el de la *dinámica del conflicto*, que básicamente se entiende como el juego de fuerzas

entre los impulsos internos (instintivos) que buscan expresión en un medio externo (cultural) que demanda su inhibición. Desde este punto de vista, los síntomas neuróticos son el resultado de un fallo en la organización defensiva del sujeto. Cuando ante una situación desfavorable una defensa resulta insuficiente se produce una «solución de compromiso» o síntoma. Como se puede apreciar, esta consideración de la psicopatología otorga al síntoma el valor de intentar restaurar el equilibrio, aunque éste sea inestable y precario. En otras palabras, el síntoma es un intento de autocuración fallido. El síntoma, por tanto, no resulta central para enfocar el tratamiento psicoanalítico, que, en definitiva, no pretende «curar» los síntomas, sino las causas de la neurosis. Especialmente importante para la psicoterapia es la noción de mecanismos de defensa y la descripción que Freud y su hija Anna hicieron de ellos, de los cuales los más relevantes están recogidos en la tabla 10.

Tabla 10. *Principales mecanismos de defensa descritos por el psicoanálisis* (adaptado de A. Freud por Rychlak, 1981)

Represión: mecanismo mediante el cual el Yo impide que los pensamientos que producen ansiedad entren en la conciencia. Es el mecanismo de defensa más básico, porque para que ocurra cualquier otro éste debe ocurrir primero. Freud llegó a afirmar que es «la piedra angular sobre la que descansa toda la estructura del psicoanálisis». La represión puede ser primaria cuando se trata de ideas que provienen del Ello o represión propiamente dicha cuando se trata de recuerdos vagos o manifestaciones que se derivan de la represión primaria.

Desplazamiento: consiste en sustituir el verdadero deseo de la persona que provoca ansiedad por otro que no provoca ansiedad. Es especialmente frecuente en los sueños.

Identificación: tendencia a aumentar los sentimientos de valía personal por medio de la adopción de las características de alguien a quien se admira o se considera una persona con éxito.

Proyección: consiste en la atribución de características propias no reconocidas y que provocan ansiedad a otra persona.

Formación reactiva: mecanismo por el cual los pensamientos censurables se reprimen y expresan con sus opuestos.

Sustitución: consiste en reemplazar un objeto libidinoso por otro.

Sublimación: consiste en sustituir un objeto o actividad por otro que posea un valor social o ético más elevado.

Racionalización: mecanismo mediante el cual la persona justifica racionalmente los pensamientos o conductas que producen ansiedad o que tienen una motivación totalmente distinta. Jones intodujo este mecanismo.

Aislamiento: consiste en separar una idea de su emoción. Freud introdujo este mecanismo para dar cuenta del comportamiento psicótico.

Regresión: mecanismo mediante el cual una persona retorna a una fase anterior de desarrollo ante situaciones de estrés.

Sin duda, esta síntesis de la teoría psicoanalítica es necesariamente incompleta, por lo que remitimos al lector interesado a las obras especializadas (p. ej., Poch, 1989; Thoma y Kachele, 1985; Tizón, 1982). A continuación exponemos los conceptos más relevantes de dos de los principales disidentes del movimiento psicoanalítico (Adler y Jung), cuyos conceptos se apartan del psicoanálisis freudiano, pero se enclavan de alguna manera dentro del modelo psicodinámico.

— *La psicología individual de Alfred Adler*

Adler llamó a su propia concepción psicológica «*psicología individual*» y se encuentra formulada en *La constitución neurótica*, obra publicada en 1912. El término individual aquí no debe entenderse como opuesto a social, sino como una forma de subrayar la unidad de la persona y la singularidad del individuo, en contraposición a las concepciones —como la de Freud— que consideran que el individuo está dividido contra sí mismo. En la psicología individual son detectables las influencias del pensamiento de Nietzsche, por un lado, y el pensamiento socialista, por otro. Pero quizá fue aún mayor el impacto del neokantiano Vaihinger y su obra *La filosofía del «como si»* (1911).[29]

Las nociones centrales de la psicología individual son el sentimiento de inferioridad, al que se contrapone el afán de poder (o afán de hacerse valer); el estilo de vida y plan de vida, en los que se

29. Esta obra ejerció una notable influencia también en el pensamiento del constructivista George Kelly, principalmente por su postulación de la persona como agente activo que se construye a sí mismo, y también en el potencial de comportarse «como si» para la generación del cambio psicológico. Quizá debido a esta influencia, hay autores que consideran a Adler un predecesor de la terapia cognitiva constructivista.

expresan las estrategias inconscientes del individuo en su trato con el ambiente, y el sentimiento de comunidad. Este concepto tiene su origen en la tesis (socialista) de que la evolución del ser humano se encamina hacia la comunidad ideal. Adler se apoya en esta tesis para deducir los patrones normativos con los que distinguir los estilos de vida erróneos. Así, el sentimiento de comunidad se concibe como el término de un desarrollo psicosocial equilibrado y saludable, y como el criterio de éxito terapéutico.

El sentimiento de inferioridad, debilidad y/o desvalimiento surge en el niño cuando éste aprende a distinguir entre él mismo y los objetos, y comprueba que sus recursos rara vez están a la altura de sus deseos. Esta vivencia activa simultáneamente la tendencia a compensar este sentimiento de inferioridad por medio del afán de hacerse valer. El sentimiento de inferioridad es una característica universal y no patológica, pero puede reforzarse (y devenir patológico) por medio de factores biológicos (p.ej., poseer un defecto orgánico innato), familiares (p.ej., una posición desfavorable en la serie de hermanos) o socioeconómicos (p.ej., dificultades de orden financiero y material).

A partir de la constelación de estos factores (condiciones económicas de la familia, posición entre los hermanos, etc.) el niño desarrolla una forma de enfrentarse a las demandas del entorno así como una forma de superar su sentimiento de inferioridad. Adler llamó a este conjunto de pautas de conducta estilo de vida y sostuvo que, en sus aspectos básicos, está configurado hacia el cuarto o quinto año de vida. Este estilo de vida se desarrolla a través de líneas rectoras, que son la manera específica del individuo de elaborar selectivamente la información al servicio de su necesidad de afirmación (Kriz, 1985). El conjunto de estas líneas rectoras constituye el plan de vida, que es básicamente inconsciente. Si el desarrollo psicosocial es saludable, éste se manifiesta en el sentimiento de comunidad que se concreta en el interés por los asuntos de los demás.

Adler concebía los síntomas neuróticos como una forma de eludir la responsabilidad en las tareas de la vida y también como un modo de enmascarar el sentimiento de inferioridad. En el neurótico, la tendencia selectiva de las líneas rectoras está desarrollada de forma exagerada con el propósito de sustraerse a las reglas y necesidades de la comunidad. Tal como Adler lo expresó, la pregunta del neurótico no es «¿qué tengo que hacer para ajustarme a las exigencias de la comunidad y conquistar de ese modo una existencia armónica?»,

sino «¿cómo tengo que organizar mi vida para satisfacer mi tendencia a la superioridad, para hacer que mi inalterable sentimiento de inferioridad se trasforme en el de parecerme a Dios?» (citado en Kriz, 1985, pág. 83).

– *La psicología analítica de Carl G. Jung*

Jung ya había alcanzado fama internacional por sus estudios con la técnica de asociación de palabras cuando conoció a Freud en 1907. Aunque colaboró estrechamente con él durante casi una década, posteriormente se opuso a ser considerado «discípulo» de Freud. Las divergencias entre ambos empezaron con la publicación por parte de Jung de su obra *Metamorfosis y símbolos de la libido* (1912). En esta obra Jung presentaba un concepto de la libido mucho más amplio que el de Freud. Éste entendía la libido como energía de la pulsión sexual, en cambio aquél la entendía como energía psíquica, asignando a los aspectos sexuales un papel secundario. De igual modo, sus formas de entender el inconsciente difieren notablemente. Freud veía en el inconsciente impulsos individuales reprimidos, mientras Jung lo concebía de un modo más amplio. Junto al inconsciente individual, Jung habló de un inconsciente colectivo, sobre el que la individualidad flota como una pequeña burbuja en las aguas del mar.

Jung, tras separarse de Freud, desarrolló su propio sistema psicológico, que se conoce como «psicología analítica» (utiliza también los términos de «psicología de los complejos» y «psicología profunda»). Este sistema contiene una teoría de la personalidad extraordinariamente compleja, que ha servido de fuente de inspiración a autores tan conocidos como H.J. Eysenck.

Expresado en términos sistémicos, Jung concibe la personalidad como un sistema de (sub)sistemas autónomos, regulados por el principio de complementariedad; así, distingue entre consciente-inconsciente, introversión-extraversión, pensamiento-sentimiento, sensación-intuición, *animus*-anima, etc. Cada uno de estos pares bipolares desempeña una función específica de la conciencia y su predominio en un individuo puede ser mayor o menor, de modo que a partir de la configuración de estas funciones es posible derivar una tipología.

Los procesos básicos a partir de los cuales Jung desarrolla su tipología de la personalidad son los siguientes: el primer proceso

podríamos denominarlo «proceso libidinal», al que corresponde el par *introversión-extraversión*. El punto de partida de este proceso es la concepción de la libido como manifestación psíquica de la energía vital y, por tanto, su relación fundamental es la relación sujeto-objeto. Si el acento recae sobre el primero, se habla de introversión, y si recae sobre el segundo, se habla de extraversión. La utilización de estos términos en Jung no tiene el carácter de disposición estable de la personalidad, como se postula en la obra de Eysenck, sino que está en función del ciclo vital del individuo, de modo que en

> los primeros años la libido invierte en el crecimiento y el desarrollo básico para sobrevivir y se es introvertido. Después la libido se desplaza hacia los objetos sexuales... dedicándose a la elección de un cónyuge, la formación de una familia y el establecimiento de una ocupación: se hace extravertido. Finalmente, al declinar la vida, el individuo vuelve la atención a su sujeto y se pregunta, ante la muerte, qué es él y a dónde va: surgen los intereses espirituales, filosóficos y religiosos: el individuo vuelve a hacerse introvertido (Rojo, 1982, pág. 5)

A continuación se sitúan los *procesos racionales*. Aquí Jung distingue entre pensar y sentir. El pensar está regulado por la categoría «verdad-falsedad» y «justo-injusto». Cuando predomina esta categoría en un individuo se habla de tipo reflexivo. El sentir, en cambio, está regulado por la categoría «bueno-malo» y «bello-feo». Cuando predomina esta categoría se habla de un individuo sensitivo. Junto a estos dos procesos, existen también los procesos irracionales de «sensorialización» e intuición. El primero consiste en la habilidad para captar los objetos como si fueran elementos y el segundo en la habilidad para captar las relaciones entre los objetos. Cuando predomina el primer proceso se habla de individuo perceptivo y cuando lo hace el segundo se habla de intuitivo.

En relación con las estructuras (o complejos) de la personalidad, Jung distinguió entre persona y sombra. La *persona*, la parte de la personalidad de la que tenemos conciencia y en la que nos sentimos como seres singulares, representa las actitudes del individuo hacia el mundo exterior. La *sombra* es el inconsciente individual o «la otra cara» de la persona y tiene como tendencia la proyección en otros. Tiene el mismo sexo que la persona y su función es compensarla.

Tanto la persona como la sombra emergen del inconsciente colectivo. El *inconsciente colectivo* está formado por arquetipos que son potencialidades psíquicas «formativas», expresión de la energía y de la vida, y son comunes a todos los hombres.[30] Los *arquetipos* son autónomos, es decir, tienen energía vital propia y su influencia se manifiesta como si otra persona actuara en el lugar de uno mismo; se activan por el contacto con factores externos, como el arte, las grandes religiones o los grandes espectáculos; son más fuertes que el Yo, «de tal manera que pueden absorberlo si el Yo se identifica con ellos, obrando entonces el individuo psicóticamente» (Rojo, 1982, pág. 22). Los arquetipos fundamentales son tres: el arquetipo sexual, el arquetipo «luz» y el arquetipo «cósmico». De ellos, el más importante desde el punto de vista psicoterapéutico es el primero, el arquetipo sexual, que es el mediador entre la singularidad concreta del individuo y el inconsciente colectivo. Este arquetipo es de sexo opuesto al individuo; así, el hombre tiene un arquetipo sexual femenino (ánima) y la mujer uno masculino (*animus*). Éstos no deben entenderse únicamente como instintos sexuales, sino también como fuentes de inspiración y creación.

El conjunto de estructuras, contradictorias entre sí, que configuran la personalidad de un sujeto tienen como finalidad contribuir al proceso de individuación, en virtud del cual el individuo llega a ser «sí mismo». La mecánica de este proceso implica la conjugación de los opuestos y su resultado es un nuevo género de unidad personal o mismidad (*Selbst*). Este proceso de llegar a ser sí mismo supone un desplazamiento desde el Yo-persona al Yo-en-la-mismidad. Jung describió los pasos del proceso de individuación, que constituyen, a su vez, el fundamento de su método psicoterapéutico.

30. Esta noción de inconsciente colectivo puede parecer muy esotérica (adjetivo con el que se califica a veces la obra de Jung). Sin embargo, si comparamos la idea de que en la mente individual hay algo más que no se debe a la vivencia personal con hechos biológicos, tales como la preparación biológica que tiene un ave para encontrar su camino migratorio, o con nociones más psicológicas, como la de *preparedness* de Seligman y Hacer, o incluso si trasladándonos a la filosofía kantiana hablamos de «estructuras a priori del sujeto cognoscente», entonces, la propuesta de los arquetipos de Jung no resulta tan extraña. Ante este tipo de críticas, la discípula de Jung, Jacovi, dijo de forma explícita que Jung nunca abandonó la «empiria», queriendo significar con ello que nunca propuso hipótesis sin datos (clínicos, etológicos, antropológicos, o de otro tipo) que las avalaran.

3.1.3. Método terapéutico

El método psicoanalítico fue el resultado de un proceso de alteraciones en los procedimientos hipno-sugestivos iniciales. Antes de centrarnos en los aspectos técnicos haremos un sucinto repaso de la evolución del método. En 1904 Freud publica un artículo titulado «El método psicoanalítico de Freud». Si comparamos este texto con la visión de la técnica que ofrecía en «Los estudios sobre la histeria» y que revisamos en el punto 2.3.2, podemos apreciar cómo la técnica ha evolucionado. En primer lugar, cambia el encuadre terapéutico. Recordemos que entonces los pacientes de Freud se tumbaban en un diván y cerraban los ojos, y se les pedía que se concentraran sobre un recuerdo y dijeran lo que les venía a la mente. Cuando las asociaciones se detenían Freud les ponía la mano sobre la frente o los apremiaba. En cambio,

> actualmente trata a sus enfermos sin someterlos a influencia personal alguna, haciéndoles adoptar simplemente una postura cómoda sobre un diván y situándose él a su espalda, fuera del alcance de su vista. No les pide tampoco que cierren los ojos, y evita todo contacto, así como cualquier otro manejo que pudiera recordar a la hipnosis (Freud, 1904, pág. 1004).

Freud mantuvo este encuadre terapéutico aunque cambió de opinión respecto a los objetivos del análisis, el valor de la transferencia y el significado de la resistencia. En este texto, Freud explica la adopción de la asociación libre como una sustitución óptima de la amplificación de conciencia que proporcionaba la hipnosis y la define del siguiente modo:

> Freud halló tal sustitución, plenamente suficiente, en las ocurrencias espontáneas de los pacientes, es decir, en aquellas asociaciones involuntarias que suelen surgir habitualmente en la trayectoria de un proceso mental determinado, siendo apartadas por el sujeto, que no ve en ellas sino una perturbación del curso de sus pensamientos (Freud, 1904, pág. 1004).

La emisión de estas «ocurrencias espontáneas» se encuentra regulada ahora por la *regla básica*, en virtud de la cual el paciente debe

decir cualquier cosa que le venga a la cabeza, no importa lo trivial, ridícula o dolorosa que sea. En este trabajo, Freud afirma también que analiza la resistencia a partir de las distorsiones y lagunas en el material obtenido y que, para la interpretación, no cuenta únicamente con las asociaciones libres, sino también con las parapraxias, los actos sintomáticos y los sueños. Define su objetivo terapéutico como el de «hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia» (pág. 1005). Este objetivo terapéutico adquiere pleno sentido cuando se tiene en cuenta que se parte del supuesto de que la curación depende de que el sujeto adquiera plena lucidez (*insight*) sobre su condición; así, «una vez cegadas todas las lagunas de la memoria y aclarados todos los misteriosos afectos de la vida psíquica, se hace imposible la persistencia de la enfermedad e incluso todo nuevo brote de la misma» (pág. 1005). Por último, en este trabajo Freud sostiene que «el ejercicio de la técnica psicoanalítica, una vez aprendida ésta, es mucho menos difícil de lo que por descripción parece» (pag. 1005).

Este texto de Freud resulta especialmente interesante cuando se tiene en cuenta que, en este momento, todavía no se encuentra arropado por un grupo numeroso de seguidores fieles y que su actitud es la de dar a conocer al mundo el método con el que podemos vencer, ¡por fin!, las neurosis histéricas y las de cualquier otro tipo. Esta clave para la hermenéutica de la vida psíquica, que sentía haber descubierto, queda bien ilustrada en los ejemplos que el mismo Freud utiliza en la *Psicopatología de la vida cotidiana*, obra que vio la luz en el mismo año que el trabajo que comentamos. Introducimos en la tabla 11 uno de estos ejemplos con el propósito de ilustrar la técnica interpretativa que Freud proclamaba en este época con entusiasmo.

Tabla 11. *Ejemplo de la técnica de interpretación psicoanalítica a partir de la asociació libre* (adaptado de Freud, 1904 y Erdelyi, 1985)

Los preliminares de la historia son los siguientes: Freud estaba de vacaciones y trabó conversación con un joven culto que conocía sus teorías. El joven le comunicó sus dificultades, que atribuía a su condición de judío. Para resaltar su estado de ánimo, citó unos versos de *La Eneida* de Virgilio en los que una mujer ultrajada clamaba venganza diciendo: «*Exoriar aliquis nostris ex ossi-*

bus ultor» («que alguien surja de mis huesos como vengador»). Pero el joven cometió el error de omitir la palabra *aliquis* (alguien) y no podía recordarla. En este contexto le recordó a Freud su teoría de que las cosas no se olvidan sin una razón y le retó a probar su teoría. Éste aceptó con la condición de que el joven se sometiera a la «regla básica», esto es, decir sinceramente y absteniéndose de toda crítica, todo lo que se le ocurriera al dirigir la atención a la palabra olvidada sin ningún objetivo definido. El joven aceptó la tarea. Lo primero que se le ocurrió fue dividir la palabra aliquis en dos: a y liquis. La siguiente palabra que se le ocurrió fue «*reliquem*» (reliquia), luego «licuefacción», «fluidez», «fluido». Luego surgió una asociación algo extraña: «Ahora estoy pensando en Simón de Trento, cuyas reliquias vi hace dos años en una iglesia de Trento. Estoy pensando en la acusación que ahora vuelve a hacerse a los judíos de que practicaban sacrificios rituales con derramamiento de sangre». La siguiente asociación del joven fue que hacía poco había leído un artículo en un periódico titulado «lo que piensa san Agustín de las mujeres». Y luego «estoy pensando en un anciano caballero que encontré la semana pasada en el curso de mi viaje. Era realmente original, tenía todo el aspecto de un ave de rapiña. Se llamaba Benito...». En este punto Freud intervino recapitulando y dijo «aquí tenemos una serie de santos y padres de la Iglesia: san Simón, san Agustín, san Benito». La siguiente asociación libre fue «san Jenaro y el milagro de la sangre». Freud aquí volvió a intervenir y dijo: «San Jenaro[31] y san Agustín tienen que ver ambos con el calendario, pero ¿me quiere recordar en qué consiste el milagro de la sangre de san Jenaro?». Ante lo cual el joven explicó lo siguiente: «En una iglesia de Nápoles se conserva la sangre de san Jenaro en un frasco, y en determinado día festivo se licua milagrosamente. El pueblo da mucha importancia a este milagro y experimenta gran agitación cuando se retrasa...». Entonces se interrumpieron las asociaciones libres del joven y puso cara de consternación. «¿Por qué se interrumpe?», increpó Freud. El joven replicó que le había sucedido algo, algo muy íntimo que no quería revelar. Freud contestó que no podía obligarle a hablar de lo que no quisiera, pero entonces tampoco podría explicarle por qué había olvidado la palabra «aliquis». El joven continuó diciendo que le había venido a la memoria una señora de la que esperaba una noticia muy desagradable para ella y para él, ante lo cual Freud avanzó su interpretación en forma de pregunta: «¿No le ha venido la menstruación?». Al explicar su interpretación, Freud sostuvo que le había preparado el camino: «Piense en los días del calendario, la sangre que empieza a fluir en un día determinado, el trastorno cuando el suceso no se produce... Además el prefijo "a" suele significar "no", *liquis* significa "líquido"». El joven estaba intentando rechazar en su conciencia la idea atemorizante de *aliquis*, no-líquido, esto es, está embarazada.

31. En inglés y alemán, el sonido de «Jenaro» resulta parecido al del primer mes del año.

En este ejemplo podemos apreciar el principio del determinismo inconsciente y múltiple de la conducta así como la forma en que Freud conduce la atención del sujeto. Pero, sobre todo, podemos apreciar cómo el psicoanálisis podía convertirse fácilmente en un «arte adivinatorio» que, además, no era difícil. Unos años más tarde, Freud cambió radicalmente de opinión sobre la dificultad del análisis. En 1910, año en que se funda la Sociedad Psicoanalítica Internacional, Freud escribe contra el «análisis salvaje» y sostiene que la práctica del psicoanálisis es muy difícil y que, por tanto, hay que fundar una organización para formar y cualificar a los analistas. Así, a medida que el psicoanálisis iba adquiriendo las características de un movimiento organizado, Freud se fue viendo presionado a hacer explícitos los elementos técnicos de su método, que pasamos a exponer a continuación.

Desde el punto de vista técnico, el psicoanálisis es un procedimiento terapéutico muy estructurado, en el que tanto el paciente como el psicoanalista deben atenerse a reglas estrictas de trabajo.

— *Los elementos y el encuadre de la situación analítica*

Para poder trabajar con los mecanismos conflictivos que subyacen a las formaciones de compromiso (o síntomas) es necesario colocar a los sujetos en una situación determinada, que favorezca su emergencia, a saber, la situación analítica. Esta situación empieza a delimitarse con el establecimiento de un contrato analítico en el que se configura el encuadre externo de la situación. Este contrato debe especificar cuestiones como la frecuencia de las sesiones (de 3 a 5 semanales en el psicoanálisis clásico), su duración (de 45 a 55 minutos), el lugar donde se llevan a cabo, la puntualidad, los honorarios y su forma de pago, la ausencia de relación con el terapeuta fuera de la sesión, la incompatibilidad con otros tratamientos psicoterapéuticos simultáneos, los períodos de vacaciones, fiestas, etc.

Los clientes en la situación analítica deben atenerse a las siguientes reglas:

1. *Regla fundamental (o básica)*, en virtud de la cual los sujetos deben expresar todos los pensamientos y sentimientos tal como les vengan a la cabeza, sin ninguna exclusión o selección.

2. *Regla de asociación libre*, en la cual el sujeto tiene que ir asociando a partir de ciertos elementos que le propone el analista y que se han extraído de su propio discurso.

El psicoanalista, por su parte, debe atenerse a las siguientes reglas, que delimitan su actitud o lo que en ocasiones se llama «encuadre interno»:

1. *Regla de abstención (o abstinencia)*, en virtud de la cual el psicoanalista no debe satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste intenta imponerle. «En el curso de un análisis correcto el paciente llega a comprobar que no sólo se le niegan el consuelo, la simpatía, el apaciguamiento, el aplacamiento o el alivio, sino también las órdenes y las prohibiciones, los consejos y las insinuaciones, la manifestación de las opiniones y convicciones privadas» (Becker, 1975, pág. 387.) Esta regla supone, pues, que el psicoanalista deberá evitar tener influencia personal sobre el paciente. Esta actitud de reserva se observa en la metáfora del analista como un espejo o pantalla en blanco que refleja lo que el analizado proyecta, evitando mostrar sus propias proyecciones y conflictos.
2. *Regla de la atención flotante (u homogénea)*, como manifestación de su actitud de neutralidad, el analista debe de atender a todo el material a interpretar de un modo homogéneo, sin privilegiar ningún sector. Asimismo, debe tener una actitud receptiva ante este material que incluye tanto la apertura intelectual como la capacidad de resonancia empática, permitiendo que sus procesos inconscientes incidan adecuadamente (Becker, 1975).

Por otra parte, varios elementos del encuadre terapéutico característico del psicoanálisis clásico favorecen el desarrollo de una relación desigual que fomenta la regresión y la dependencia: la posición yacente del paciente, la reducción de estímulos, que el paciente no vea al analista mientras éste permanece callado la mayor parte de la sesión, el que se sustraiga al paciente de la forma ordenada del contacto coloquial por medio de la regla fundamental, la frecuencia de las sesiones... Todos ellos constituyen elementos que facilitan la neurosis de transferencia.

— *La relación terapéutica*

La relación terapéutica en sí misma constituye el principal elemento curativo del psicoanálisis. Desde este punto de vista, el aspecto más importante de la relación terapéutica reside en la noción de *transferencia*, que sufrió importantes cambios en el marco de las teorías de Freud.

Durante la etapa prefundacional, Freud entendía la transferencia como una forma de resistencia y, por tanto, como un obstáculo para la curación. Sin embargo, en 1905, en «el caso de Dora», en el que se ilustra el trabajo terapéutico con los sueños de la paciente, Freud cambia su punto de vista y pasa a considerar la transferencia como el instrumento terapéutico más poderoso, siempre y cuando el terapeuta lo maneje con habilidad. En 1912 distingue entre transferencia positiva, negativa y formas ambivalentes, añadiendo que la transferencia es un fenómeno general de la vida humana. La transferencia positiva está compuesta por reacciones de amor en cualquiera de sus formas o derivados (amistad, cariño, deseo, ternura, etc). La transferencia negativa, por otro lado, se compone de reacciones de odio y sus derivados (hostilidad, aversión, resentimiento, envidia, etc.).

> La transferencia se funda en el hecho de que el paciente, que lo desconoce, influido por los motivos adicionales de las características de la situación, manifiesta al analista modos de conducta que vienen a ser «simples reimpresiones» o refundiciones de anteriores formas de relación (Becker, 1975, pág. 190).

Este carácter repetitivo de la transferencia ofrece al terapeuta la posibilidad de analizar en el presente el tipo de vínculo que el sujeto estableció con figuras significativas durante la infancia. Así, con el establecimiento de una relación transferencial con el terapeuta, se produce la *neurosis de transferencia*, que es una neurosis «artificial» que reproduce la neurosis infantil y que representa la transición entre la enfermedad y la salud. El análisis de la relación transferencial permite la resolución de esta neurosis, momento que está considerado como el final del tratamiento psicoanalítico.

En estrecha conexión con el concepto de transferencia se encuentra el concepto de *contratransferencia*, que ha sido definido como «el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona

del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste» (Laplanche y Pontalis, 1968, pág. 84). El analista debe poder controlar la contratransferencia para poder sujetar su conducta a la regla de la abstención. Para ello, es necesario que el psicoanalista tenga un profundo conocimiento de sus propios procesos inconscientes.

Por otro lado, recientemente se ha prestado atención a la definición de la relación terapéutica desde el punto de vista psicoanalítico. Para designar la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista se han propuesto varias fórmulas: «alianza de trabajo» (Greenson, 1965), «vinculación al trabajo» (Becker, 1975), «alianza de ayuda» (Luborsky, 1976) y «alianza terapéutica» (Zetzel, 1958). Este último término, *alianza terapéutica*, es el que parece estar imponiéndose en la literatura. El origen del término se encuentra en la obra de Freud y concretamente en la evolución de su concepción respecto a los objetivos del psicoanálisis. Éstos se fueron desplazando, con más énfasis después de 1920, del desvelamiento de los conflictos inconscientes al fortalecimiento del Yo del paciente y de su organización defensiva. De hecho, hacia el final de sus días, Freud describió la relación terapéutica como una alianza entre el terapeuta y el Yo del paciente para vencer a las fuerzas irracionales del inconsciente, como si se tratara de una batalla en la que terapeuta y pacientes son aliados.[32]

En la actualidad, se han estudiado los elementos que contribuyen a la alianza terapéutica. Greenson (1967) ha indicado que, por parte del paciente, contribuyen su disposición a seguir los procedimientos psicoanalíticos, su capacidad para aceptar *insights* dolorosos y el que posea un Yo flexible. Por parte del terapeuta, contribuye su actitud cordial, empática y no prejudicativa, así como su continuo análisis de las resistencias. El encuadre terapéutico también juega su papel al asegurar una serie de constantes, que proporcionan una sensación de seguridad y confianza.

La noción de alianza terapéutica ha sido elaborada por varios autores, entre ellos Luborsky, Crits-Christoph, Mintz y Auerbach (1988), quienes han propuesto distinguir entre dos tipos de alianza

32. Esta metáfora está recogida en la obra póstuma de Freud (1939) *Esquema del psicoanálisis*. Pero ya en 1913 había sugerido que los sentimientos amistosos y positivos del analizando en relación al terapeuta proporcionan la base para una alianza terapéutica contra la neurosis del cliente.

terapéutica que se basan en componentes distintos: (a) la vivencia del terapeuta como alguien que proporciona apoyo y que está dispuesto a ayudar, y (b) la sensación de estar trabajando conjuntamente con el terapeuta en la lucha contra aquello que resulta perjudicial para el cliente, sensación que implica una responsabilidad compartida para alcanzar los fines del tratamiento. Esta distinción ha resultado útil para diseñar instrumentos de evaluación que midan estos aspectos diferenciales de la alianza terapéutica (Luborsky, *et al.*, 1988).

— *El proceso terapéutico*

El psicoanálisis, desde sus orígenes, ha sido un tratamiento cuya duración hay que medir en años. Aunque Freud consideraba que en el psicoanálisis, como en el ajedrez, lo más importante son la jugada inicial y la final, no centró su atención en describir el proceso terapéutico como un proceso que atraviesa distintas fases. Autores posteriores, sin embargo, se han ocupado de describir distintos momentos en la evolución del proceso psicoanalítico que poseen una dinámica especial dentro de la uniformidad del procedimiento, y que podemos entender como fases. Glover (1955) estudió las etapas que clásicamente se admiten como características del tratamiento psicoanalítico:

1. *Apertura del análisis*: se inicia con la primera sesión y su extensión oscila entre los dos y los tres meses. Se caracteriza por los ajustes entre las expectativas del paciente y el analista.
2. *Etapa intermedia*: es la más larga y creativa. Comienza cuando el paciente ha comprendido y aceptado las reglas de juego (las suyas y las del analista). Su duración es variable y se extiende hasta que la neurosis original (a través de su réplica en la neurosis de transferencia) ha desaparecido. Se caracteriza por continuas oscilaciones, entre progresión y regresión, reguladas por el nivel de resistencia.
3. *Terminación del análisis*: es la etapa más breve y su característica esencial es el conflicto de separación que incluye los sentimientos de dependencia del paciente con el terapeuta, los cuales pueden activar las resistencias y la recaída. Ambas cosas pueden superarse mediante la adecuada interpretación por parte del analista. Baker (1985) considera que la ade-

cuada resolución de esta fase incluye la resolución de la transferencia y la integración de las funciones más maduras del Yo.

— *Recursos técnicos*

Greenson (1967) divide los procedimientos técnicos en:

1. Para la producción de material: asociación libre, reacciones transferenciales y resistencias.
2. Para el análisis del material: confrontación, aclaración, interpretación y construcción.
3. Procedimientos no analíticos: catarsis, sugestión y manipulación.

A continuación se describe brevemente cada uno de los términos indicados en los apartados 1 y 2 de esta clasificación.

Asociación libre: consiste en que el paciente trate de dejar venir las ideas a la mente y decirlas tal y como salgan, sin importarle el orden y la lógica. Al dejar que las ideas vengan a la mente, se producirá una regresión al servicio del Yo en la que salen a la luz los derivados del Yo inconsciente, del Ello y del Superyó. El paciente, además, puede asociar libremente y comunicar sueños, así como otros sucesos de su vida ordinaria o de su pasado. La asociación libre tiene prioridad sobre todos los demás medios de producir el material en la situación analítica.

Análisis de las reacciones transferenciales: se han descrito ya algunos aspectos de la transferencia al hablar de la relación terapéutica. Se puede añadir, sin embargo, que las reacciones de transferencia se pueden clasificar de modo muy diverso, según el objeto de la primera infancia a que deban su origen, según la fase libidinal de la que se deriven y según el punto de vista estructural. Pero, clínicamente, las dos formas más importantes de transferencia son la positiva y la negativa (ya descritas en el apartado anterior).

Análisis de las resistencias: se centra en las fuerzas que desde dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalítica. La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente, y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías y acciones. El analista

debe descubrir la forma en la que se resiste el paciente, o qué resiste y por qué lo hace. Las resistencias se pueden clasificar de diferentes formas, pero la más importante es la división entre:

– Resistencia egosintónica: se caracteriza por parecer racional, familiar y objetiva. Suelen ser normas habituales del comportamiento del paciente y rasgos del carácter.
– Resistencia egodistónica: aparece como extraña y ajena al Yo razonable del paciente.

Normalmente se comienza con estas resistencias y sólo después de que el paciente ha logrado formar una buena alianza de trabajo es posible buscar las resistencias egosintónicas y trabajar en ellas. El análisis de las resistencias y su reconocimiento es una de las técnicas más importantes del proceso analítico.

Confrontación: con ella se muestra al paciente dos cosas opuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta la contradicción. A menudo lleva al paciente a apreciar aspectos que se le pasaban por alto y que el analista considera importantes.

Clarificación: consiste en la reformulación de un episodio que ha narrado el cliente desde un punto de vista distinto, más focalizado, de forma que se resalte algún aspecto específico. Busca iluminar algo que el individuo sabe, pero no de forma diferenciada. El conocimiento existe, pero hay algo que no percibe claramente de sí mismo. Según Etchegoyen (1986), no promueve *insight* sino sólo un reordenamiento de la información.

Interpretación: comunicación hecha al paciente para hacer consciente un fenómeno inconsciente, y hacer consciente el significado, origen, historia, modo o causa inconsciente de un determinado suceso psíquico. Al interpretar, el analista va más allá de lo directamente observable, por lo que es necesario ver las reacciones de los pacientes para determinar la validez de la interpretación. La interpretación daría al paciente una nueva conexión de significado, otra significación a la experiencia.

La relación entre interpretación e *insight* ha dado origen también a distintas definiciones de interpretación. Por *insight* nos referimos al concepto de «ver o mirar a dentro» o lograr el reconocimiento cognoscitivo de la naturaleza del propio funcionamiento psíquico, así como el propio comportamiento. Está relacionado con la realidad de

lo que fue pensado y lo que es presente, con lo que es real y lo que es fantasía. El psicoanálisis busca la cura a través del *insight*, hace uso de las funciones del Yo, de su capacidad de vivir la realidad (Strachey, 1934).

Construcción: elaboración del analista más extensa y distante del material que la interpretación destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos, tanto reales como fantaseados, una parte de la historia infantil del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1968). Se trata de un tipo especial de interpretación histórica, por medio de la cual se trata de recuperar una situación pasada, con sus efectos, sus personajes y sus ansiedades, en la forma más compleja y fidedigna posible. Las diferencias entre interpretación y construcción constituyen un tema que está sobre el tapete y ha sido debatido en varios congresos internacionales.

Etchegoyen (1986) hace una propuesta diferente de clasificación de los procedimientos analíticos, de la cual nosotros incorporamos a continuación los que no han sido descritos anteriormente:

Apoyo: acción psicoterapéutica para tratar de dar al paciente estabilidad o seguridad. Se usa mucho en todas las psicoterapias. En psicoanálisis el apoyo puede ser un método legítimo de dosificar la ansiedad, si se combina con interpretación.

Sugestión: consiste en introducir inadvertidamente en la mente del enfermo algún tipo de juicio o afirmación que puede operar luego desde dentro con el sentido y la finalidad de modificar una determinada conducta patológica. Para algunos autores, Freud entre ellos, el psicoanálisis ejercita una forma sutil e indirecta de sugestión, para que el paciente abandone sus resistencias.

Persuasión: está ligado a la razón del paciente; el analista intercambia ideas, argumenta y hasta polemiza con el paciente.

Información: es un instrumento de la psicoterapia si se usa para corregir algún error. Se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer, sobre datos de la realidad y del mundo, no del paciente mismo.

Señalamiento u observación: como su nombre indica, señala algo, circunscribe un área de observación, llama la atención para que el paciente observe y ofrezca más información. Se suele hacer diciendo «fíjese» o «note que». El analista señala algo que ha aparecido y que en principio no sabe qué significado puede tener, pues si conoce el significado, el señalamiento sobra y debe interpretar.

Para Lowenstein (1951), la pregunta, el señalamiento y la confrontación son tres instrumentos preparatorios de la interpretación, aunque la actividad del analista es compleja y resulta algo artificial separarla en comportamientos.

— *Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico*

Freud indicó en varias ocasiones que el tratamiento psicoanalítico no era aplicable a todo tipo de sujetos. Como tantas veces se ha señalado, los pacientes de Freud pertenecían a la clase alta y apenas tenían otros problemas que no fueran los sexuales. Aunque en los desarrollos posteriores del psicoanálisis se han hecho esfuerzos por adaptar la técnica a otro tipo de poblaciones (p.ej., psicóticos), en principio, el psicoanálisis freudiano sólo está indicado en casos de trastornos neuróticos y para individuos que cumplan ciertas condiciones. Sifneos (1972) ha resumido las características que resultan deseables en el paciente de psicoanálisis. Entre éstas figuran las siguientes:

1. Capacidad para reconocer que los síntomas son de naturaleza psicológica.
2. Tendencia a la introspección y a relatar con sinceridad las dificultades.
3. Deseos de participar activamente en la situación analítica.
4. Curiosidad por uno mismo.
5. Deseos de cambiar y experimentar.
6. Esperanzas realistas sobre la terapia.

Los psicoanalistas han acuñado el término «analizabilidad» para designar el conjunto de características que debe poseer el paciente para poder ser psicoanalizado con éxito. Éste es un problema que ya fue abordado por Freud y que no parece estar resuelto de un modo satisfactorio (Paz, 1980).

En cuanto a los criterios de éxito terapéutico, Freud los identificaba con la capacidad para disfrutar de la vida (especialmente de la sexual) y la capacidad para trabajar productivamente. Los desarrollos posteriores del psicoanálisis han extendido estos criterios. Lagache (citado por Poch, 1980) propone los siguientes:

1. Liberación de la angustia de frustración, entendida como la capacidad para producir y tolerar tensiones elevadas y reducirlas de un modo satisfactorio.
2. Supresión de las inhibiciones y capacidad para realizar las propias posibilidades: normalización sexual, liberación de la agresividad constructiva y de la afectividad y la imaginación.
3. Ajuste de las aspiraciones a las posibilidades del sujeto y la realidad.
4. Capacidad de trabajar en la persecución de su propio plan de vida.
5. Facilitación de las relaciones con los demás.
6. Abandono de las actitudes exageradamente conformistas o destructivas y conciliación entre las fuerzas creadoras y conservadoras.

Como se puede apreciar al repasar estos criterios, éstos carecen de una formulación precisa así como de una especificación de procedimientos de evaluación. Ambas críticas son extensibles a buena parte de las elaboraciones de la teoría psicoanalítica.

— *El método terapéutico de Adler*

En el plano psicoterapéutico Adler trabajaba de una manera bastante diferente a la de Freud. En primer lugar, el encuadre terapéutico tiene pocas semejanzas con el encuadre psicoanalítico. En la terapia adleriana, paciente y terapeuta se sientan frente a frente en dos sillas que deben ser de altura, forma y tamaño semejante (Ellenberger, 1970). En segundo lugar, la frecuencia de las sesiones es menor, de dos a una vez por semana. En tercer lugar, la duración del tratamiento rara vez excede del período de un año.

Adler describió el proceso terapéutico en tres estadios de distinta duración:

1. Primer estadio: el objetivo del terapeuta es llegar a comprender al paciente y sus problemas. Puede durar desde un día a dos semanas, en función del caso y la experiencia del terapeuta. Durante este estadio hay que reconstruir el estilo de vida del paciente hasta llegar a establecer un diagnóstico preciso.

2. Segundo estadio: su objetivo es conseguir que el paciente comprenda su estilo de vida, sus metas ficticias (o erróneas).
3. Tercer estadio: se inicia cuando el paciente ha adquirido una visión clara y objetiva de su estilo de vida y se enfrenta a la decisión de cambiar. Si decide cambiar de estilo de vida, el terapeuta debe ayudar al paciente a enfrentarse a esta nueva realidad.

En el plano de las técnicas terapéuticas Adler fue un pionero en la utilización de técnicas que están presentes también en otros modelos psicoterapéuticos, como la intención paradójica y el reencuadre, así como la asignación de tareas, la creación de imágenes, la utilización terapéutica del humor, los diálogos socráticos, etc. (Berstein y Nietzel, 1980; Kriz, 1985).

— *El método terapéutico de Jung*

La terapia jungiana se conoce como el método sintético-hermenéutico, y su propósito fundamental es facilitar el proceso de individuación cuya finalidad puede resumirse en la máxima de Píndaro: «Conviértete en lo que eres» (Ellenberger, 1970). Este tratamiento está indicado especialmente para aquellas personas que, sobre todo a partir de la segunda mitad de la vida, tienen preocupaciones existenciales, morales y/o religiosas. El encuadre terapéutico no guarda relación con el psicoanálisis. Aquí el paciente se sienta en una silla frente al terapeuta y se le pide la colaboración activa en el tratamiento, asignándole tareas y lecturas para casa. La duración de las sesiones es de una hora y su frecuencia inicial es de dos sesiones semanales pasando más tarde a una sesión por semana. La duración global del tratamiento es de unos tres años. La relación terapéutica no se entiende en los términos psicoanalíticos de transferencia,[33] sino como una colaboración entre paciente y terapeuta y una

33. De hecho, Jung entendía que la situación transferencial creada por el psicoanálisis era degradante para el paciente y peligrosa para el terapeuta. No deja de resultar curioso abrir la monografía de Jung sobre *La psicología de la transferencia* (1949) y encontrar un estudio erudito sobre los alquimistas. Jung pensaba que los alquimistas habían desarrollado una ciencia acerca de la purificación de sí mismos. Y, en el fondo, entendía la relación terapéutica a partir de la metáfora de dos cuerpos

confrontación de sus mutuos hallazgos. Por último, hay que enfatizar que Jung entiende la neurosis como un «sistema enfermo de relaciones sociales, en el que a través de la proyección el neurótico manipula inconscientemente a las personas que le rodean» (Ellenberger, 1970).

El proceso terapéutico en la terapia jungiana consta de tres estadios:

1. Primer estadio: se confronta al individuo con su persona, pero especialmente con su sombra, es decir, con los aspectos conscientes y no conscientes personales de su manera de ser.
2. Segundo estadio: se confrontan los problemas del *anima* y *animus*. El paciente varón debe comprender en este estadio que siempre que ha tratado con mujeres ha proyectado su *anima* sobre ellas, y a la inversa si el paciente es una mujer.
3. Tercer estadio: aparecen en primer plano los arquetipos de la luz y el arquetipo cósmico. El primero implica la noción de sabiduría y la imagen del sabio anciano y el segundo la noción de orden en el universo, que comporta la idea de sincronicidad.

Desde el punto de vista técnico, el trabajo a través de estos estadios se realiza básicamente por medio del análisis de los sueños y las creaciones espontáneas de la fantasía (dibujos, poemas, etc.). El método de análisis de este material es el *método de la amplificación*. En lugar de la técnica freudiana, que intenta reducir toda asociación libre a su forma primera, conectada con lo sexual, Jung intenta examinar todas las connotaciones posibles que una imagen dada puede tener; éstas pueden estar conectadas con vivencias personales o pueden, por el contrario, estar enraizadas en imágenes arquetípicas con valor de supervivencia para la especie.

---

químicos diferentes que, puestos en contacto, se modifican mutuamente. Además Jung pensaba que nadie puede llevar a otro más allá de donde él mismo ha ido. De hecho, Ellenberger (1970) considera este argumento, clave para la formación de los psicoanalistas, la última aportación que Jung hizo al psicoanálisis.

3.1.4. Desarrollos actuales

Las ideas de Freud, así como su método terapéutico, siguen siendo influyentes en la actualidad, aunque las discrepancias fueron frecuentes desde sus inicios, como vimos en el apartado 3.1.1. En la actualidad, para caracterizar a grandes rasgos los desarrollos conceptuales y técnicos del movimiento psicodinámico, se suelen distinguir tres tradiciones: la tradición neofreudiana, la tradición analítica del Yo y la psicoterapia breve psicodinámica.

— *La tradición neofreudiana*

El desarrollo de la tradición neofreudiana tiene como principal punto de partida las discrepancias en torno a la teoría de la libido de Freud. Cabe agrupar en este apartado las obras de autores tales como Adler, Jung, Fenichel, Ferenczi, Horney, Reich, Rank, Sullivan y Fromm. Los aspectos comunes más característicos de esta tradición son los siguientes (Baker, 1985; Wyss, 1961):

1. Rechazan la teoría del instinto y la sexualidad infantil, y especialmente la validez y universalidad del complejo de Edipo.
2. Destacan la importancia de los factores socioculturales y la estructura del carácter en la organización psicológica y la conducta inadaptada.
3. Enfatizan el papel de los conflictos interpersonales en la génesis de la psicopatología.
4. Reducen la importancia del inconsciente y limitan el papel de la sexualidad.
5. Prestan atención a la experiencia consciente, incluyendo los procesos cognitivos y a las funciones de adaptación y dominio.
6. Se interesan por el desarrollo normal y la salud mental.

Desde el punto de vista de la técnica psicoterapéutica, los neofreudianos han introducido cambios importantes en relación al psicoanálisis clásico. La duración del tratamiento, así como la frecuencia entre sesiones, es menor. El paciente puede tumbarse en un diván, pero también puede hablar con el analista cara a cara. Los objetivos

del tratamiento se centran en los conflictos actuales del paciente y el analista tiende a asumir una posición activa y directiva.

– *La tradición analítica del Yo*

El desarrollo de esta tradición tiene como principal punto de partida el modelo estructural de Freud, que enfatiza las funciones del Yo, en detrimento de las estructuras del Ello y del Superyó. Se incluyen en esta tradición autores como M. Klein, Fairbairn, Winnicot, A. Freud, Erikson, Hartmann, Rappaport y Guntrip. Siguiendo a Backer (1985), los aspectos más relevantes de esta tradición son los siguientes:

1. Énfasis en las experiencias psicosociales e interpersonales como determinantes de la organización psíquica.
2. Concepción del Yo como una estructura psíquica separada de los instintos y con capacidad para aprender y actuar.
3. El desarrollo de la personalidad se entiende en términos de introyección de experiencias psicosociales.
4. Se interesan por el desarrollo normal a lo largo de la vida y por la salud psicológica.
5. La psicopatología se entiende en términos de tareas de desarrollo inconclusas y patrones de relaciones interpersonales destructivos.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, las dificultades de los pacientes tienden a concebirse en términos de problemas de confianza, afecto, separación, diferenciación de la identidad e individualización. Esta tradición ha alterado la técnica analítica para poder aplicarla a pacientes que tradicionalmente no eran analizables. Los aspectos centrales de esta alteración residen en que el terapeuta es más activo, directivo e incluso gratificante. El foco del tratamiento está centrado más en aspectos actuales de los problemas del paciente.

– *La psicoterapia breve psicodinámica*

El formato breve de psicoterapia ha venido a desarrollarse principalmente por los imperativos de la práctica, generalmente institucional. Cada vez más se ha precisado de métodos no sólo eficaces sino también eficientes y rápidos. El modelo psicodinámico ha respondi-

do a esta demanda social con varias propuestas de formato breve que contrarrestan la larga extensión del psicoanálisis clásico, según el estudio de la Fundación Menninger (Kernberg *et al.*, 1972).

Entre los antecedentes del formato breve, Marmor (1979) propone algunas de las propuestas de Sandor Ferenczi y Otto Rank para la adopción de una postura más activa y centrada en el conflicto por parte del terapeuta. Dos decenios más tarde, en 1946, Franz Alexander y Thomas French, del Instituto Psicoanalítico de Chicago, iniciaron una investigación sobre una serie de modificaciones de la técnica psicoanalítica centradas en el incremento de la flexibilidad del terapeuta y la reducción del número de entrevistas, que se consideran los antecedentes más recientes de las terapias breves psicoanalíticas actuales. Sus características generales (según las revisiones de Fiorini, 1973; Garske y Molteni, 1985; y Marmor, 1979) son las siguientes:

1. Actitud activa y flexible del terapeuta.
2. Focalización de la terapia en un problema concreto.
3. Limitación de la duración de la terapia.
4. Orientación hacia el fortalecimiento de las áreas del Yo libres de conflicto y hacia la adaptación realista del sujeto.
5. Énfasis en los determinantes actuales del conflicto y los proyectos futuros del sujeto.
6. Énfasis en los aspectos externos de la vida cotidiana del cliente, con la posibilidad de realización de tareas entre sesiones.

Entre los principales representantes de este enfoque destacamos a Malan, que le otorgó su aspecto focal; Sifneos y Fiorini, que lo han sistematizado; Mann, que ha señalado el valor terapéutico de establecer un límite de tiempo a la terapia, y, finalmente, a Davanloo, que ha sugerido el uso de la confrontación directa y el reto de ciertos elementos defensivos del cliente para acelerar el proceso terapéutico. Kos y Butcher (1986) informan de 22 formas de terapia breve psicodinámica, lo cual sugiere una heterogeneidad que, a nuestro juicio, no se justifica por las diferencias reales entre enfoques.

En términos generales, este formato terapéutico requiere gran destreza por parte del terapeuta y un mayor compromiso e implicación por parte del cliente. Su uso se ha popularizado en buen número

de contextos institucionales puesto que varias investigaciones muestran que su eficacia no difiere esencialmente del psicoanálisis clásico de larga duración (Fiorini, 1973; Garske y Molteni, 1985). Entre sus limitaciones, estos autores señalan el promover un exagerado optimismo, la transitoriedad y superficialidad de algunas de estas mejorías rápidas, la no modificación de los núcleos más profundos de la personalidad, y un énfasis excesivo en los aspectos racionales y la intelectualización.

— *El tratamiento de las psicosis*

Aunque Freud no recomendó la aplicación del psicoanálisis a pacientes psicóticos, él mismo lo utilizó para el análisis de un famoso caso de paranoia, el caso Schreber, publicado en 1911. El psicoanálisis, al igual que muchos otros tratamientos psicológicos, ha cosechado pocos éxitos en este campo. De entre estos métodos merece una mención especial el análisis directo de Rosen (1953), basado en la interpretación directa y en el establecimiento de una transferencia positiva muy intensa en la que el terapeuta asume ciertas funciones de maternaje. Implica también la adopción de procedimientos activos que abandonan la neutralidad analítica para promover que el terapeuta pueda entrar en el mundo cerrado del psicótico.

— *Otros desarrollos actuales*

Aunque las tradiciones y tendencias que hemos mencionado hasta aquí no agotan, aunque si perfilan, el movimiento psicoanalítico, conviene mencionar otros desarrollos actuales importantes, como la figura de Lacan, cuya originalidad, dentro de la ortodoxia psicoanalítica, ha sido descrita como «una vuelta a Freud».

J. Lacan es un psicoanalista francés que ha vinculado la lingüística y el psicoanálisis desde un enfoque estructuralista influido por Saussure, Jacobson y Levi-Strauss. En sus inicios, Lacan describió el estadio del espejo como etapa estructurante de la personalidad, para centrarse más adelante en el estudio de las leyes inconscientes que son isomórficas con las polaridades universales del lenguaje de la metáfora y metonimia. La tesis de Lacan, según la cual el inconsciente está estructurado como un lenguaje, resume bastante bien su proyecto.

Como otra aportación característica cabe mencionar la propuesta de Kohut (1971, 1977) sobre el análisis del self, enfoque que ha

tenido una repercusión importante en el panorama internacional. El hecho de que este autor haya sugerido eliminar el concepto de pulsión y restar énfasis al complejo de Edipo para centrarse más en el self ha hecho que este enfoque se halle ahora más cerca de una filosofía de corte humanista; de hecho, hay quien argumenta su similitud con el pensamiento de Rogers (Hill y Corbett, 1993).

También merece atención el esfuerzo realizado por una serie de autores (p.ej., Erdelyi, 1985) por acercar el psicoanálisis a los hallazgos empíricos y a los modelos de la psicología cognitiva, presentando incluso algunos modelos de corte cibernético o de inteligencia artificial. Estos enfoques se basan en gran parte en los intentos de validación empírico-experimental del psicoanálisis y se nutren de estudios sobre recuperación de memoria, defensas perceptuales, percepción subliminal, disociación y olvido intencional. Sin duda, éstos son intentos valiosos sobre todo por el esfuerzo de sistematización y operacionalización que suponen. Sin embargo, no representan la corriente más significativa dentro del psicoanálisis contemporáneo, y se aceptan no sin recelos. Como comenta Poch (1989):

> Desafortunadamente, muchos de los experimentos revisados con el propósito de validación de la teoría psicoanalítica ignoran la función de los conceptos psicoanalíticos que investigan, y acaban por falsificarlos. Así, la validez de estos experimentos viene a ser escasa o nula (Poch, 1989, pág. 213).

3.1.5. La formación del terapeuta

La formación del psicoanalista puede variar ligeramente según el contexto, pero el formato estándar reconocido por la API[34] incluye el análisis personal y didáctico, los seminarios y las supervisiones.

34. «La Asociación Psicoanalítica Internacional» (API), que se encuentra presente en la mayor parte del mundo occidental. En España, las ideas psicoanalíticas fueron introducidas por hombres como Ortega y Gasset, Gayarre, Fernández Sanz, Mira y López y Sarró (Carpintero y Mestre, 1984). En 1922 se tradujeron al castellano las obras completas de Freud y en 1959 se estableció la asociación luso-española de psicoanálisis, que fue plenamente reconocida por la API. Los portugueses se separaron en 1967, y en la actualidad la asociación psicoanalítica española cuenta con núcleos importantes en Madrid, Barcelona y Valencia.

El análisis personal no se diferencia, en principio, de un análisis terapéutico, y consta de cuatro a cinco sesiones semanales durante un período de unos cinco años. Éste es un requisito imprescindible para convertirse en psicoanalista y su propósito es que el futuro psicoanalista conozca los conflictos inconscientes de su propia vida infantil y sus derivados; en definitiva, todo aquello que pudiera perturbar su juicio clínico.

Los seminarios suelen ser de tres tipos: teóricos, centrados en la lectura de la obra de Freud y otros autores clásicos; técnicos, sobre los aspectos técnicos del psicoanálisis, y clínicos, sobre casos clínicos.

La supervisión de casos clínicos por medio de un psicoanalista experto suele durar unos tres años. Y no suele comenzar antes del segundo año de psicoanálisis personal.

En cuanto a los rasgos y habilidades que un psicoanalista debe poseer se han descrito las siguientes:

1. Habilidad para traducir de lo consciente a lo inconsciente, es decir, la habilidad para referir los pensamientos, sentimientos, fantasías y actos del paciente a sus antecedentes inconscientes.
2. Habilidad para comunicarse con el paciente; tras escuchar a éste, el analista tiene que decidir qué le dirá, y cómo y cuándo lo hará. Debe saber utilizar el tono de voz apropiado, ordenar su mensaje de un modo preciso y comunicar intención terapéutica.
3. Habilidad para facilitar la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo. Para ello, debe ajustarse a la regla de la abstinencia, en virtud de la cual el terapeuta no debe responder a las ansias neuróticas de afirmación y tranquilización. Estas tareas requieren que el terapeuta posea un alto grado de movilidad y flexibilidad emocional.

3.1.6. Investigación terapéutica

El predominio del psicoanálisis en la esfera clínica contrasta con la ausencia de estudios acerca de su eficacia. Cuando Eysenck, en su trabajo clásico de 1952, fue en busca de estudios sobre la eficacia del

método psicoanalítico sólo encontró cinco investigaciones de resultados terapéuticos: Fenichel en 1930, Kessel y Hyman en 1933, Jones en 1936, Alexander en 1937 y Knight en 1941. Esta situación sólo recientemente parece estar cambiando.

Varias son las razones que pueden explicar esta situación. En primer lugar, se nos ocurre pensar en el propio desprecio de Freud hacia los métodos de la psicología positiva. Comenta Rosenweizg (citado en Pervin, 1975) que escribió a Freud para informarle de los resultados de sus estudios experimentales sobre el concepto psicoanalítico de represión y que Freud le contestó diciendo que «los conceptos psicoanalíticos se basaban en un amplio cuerpo de investigaciones fiables y, por tanto, no necesitaban de una verificación experimental independiente» (Pervin, 1975, pág. 156). Evidentemente, entre el concepto decimonónico que Freud tenía del método científico y el que impera hoy en día existe un abismo, pero esta posición de Freud resume bastante bien lo que ha sido la actitud de los psicoanalistas hacia la investigación controlada.

En segundo lugar, los intentos que han hecho los psicoanalistas de presentar el método psicoanalítico como un método de investigación, entendiendo el «diván» como una suerte de laboratorio, son total y absolutamente inadmisibles desde el punto de vista científico. La situación del «diván» carece de los controles que caracterizan a la investigación de laboratorio, y toda analogía en este sentido no deja de resultar engañosa.

En tercer lugar, como hemos señalado en varias ocasiones, el movimiento psicoanalítico se desarrolló al margen de la psicología científica y hasta una época relativamente reciente, a raíz de la polémica en torno a la eficacia terapéutica, no se han sistematizado procedimientos psicoanalíticos que puedan ajustarse a los requisitos de la investigación controlada. El principal obstáculo que ha existido para ello reside en la duración del tratamiento. En realidad, un tratamiento cuya duración se estima en unos cinco años, más que diseños de investigación de resultados, parece requerir diseños longitudinales, propios de la psicología evolutiva. Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por la Menninger Clinic (Kernberg *et al.*, 1972) tardó dieciocho años, al final de los cuales sólo 42 sujetos habían sido tratados y evaluados.

Durante las dos últimas décadas, han aparecido formas breves de terapia dinámica que han sido objeto de estudios controlados,

principalmente en contextos hospitalarios, destacando los trabajos de la Vanderbilt University en Nashville, los del Mount Zion Hospital en San Francisco, los del Institute of Pennsylvania Hospital, los del Boston University Medical Center y los de Downstate Medical Center de Nueva York (véase Beutler y Crago, 1991).

Por otro lado, también se han desarrollado instrumentos de evaluación para medir aspectos del proceso terapéutico considerados importantes desde el punto de vista analítico; por ejemplo, Gill y Hoffman (1982) han creado un sistema para codificar la experiencia del cliente acerca de su relación con el terapeuta, PERT (Patient Experience of the Relationship with the Therapist, Experiencia del Paciente de la Relación con el Terapeuta); en el mismo sentido, el grupo de Luborsky ha desarrollado, entre otras, escalas para medir la alianza terapéutica así como temas conflictivos en las relaciones. Los avances realizados en este sentido se encuentran recogidos en Luborsky *et al.* (1988) (véase también 4.3).

En cuanto a la evaluación del aspecto transferencial de la relación terapéutica, cabe destacar el esfuerzo realizado por el ya citado grupo de Pennsylvania (Luborsky *et al.*, 1988) que ha desarrollado el método de la CCRT (Core Conflictual Relationship Theme, Tema de la Relación Conflictivo Nuclear) para estudiar los patrones recurrentes de la relación terapéutica que repiten los patrones de relaciones previas. Este procedimento para el estudio de la transferencia se complementa con otros para evaluar la congruencia de las interpretaciones con estos patrones recurrentes. Los resultados sugieren un cierto efecto de las interpretaciones sobre el resultado de la psicoterapia.

Pero al comparar los componentes transferencial y de alianza terapéutica de la relación dentro del citado estudio de la Fundación Menninger, se observa que las formas no interpretativas de psicoterapia producen una mejoría positiva y perdurable. Como comenta Baker (1985), estos resultados refutan el punto de vista del psicoanálisis tradicional, respecto a que las formas de intervención más breves y no analíticas proporcionan sólo curas de corta duración que con el tiempo se deterioran y dan lugar a nuevos síntomas («sustitución del síntoma»).

3.1.7 Valoración crítica

El psicoanálisis tiene el mérito de haber sido el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna y su huella sigue siendo visible. A la hora de valorar las aportaciones del psicoanálisis, conviene distinguir entre sus aspectos teóricos y sus aspectos técnicos. Desde el punto de vista teórico, lo primero que hay que decir es que sus hipótesis carecen de fundamento científico y se encuentran formuladas de un modo que no pueden ser científicamente contrastadas: resultan no falsificables. Sin embargo, es justo reconocer que conceptos psicoanalíticos, como el de mecanismo de defensa, han generado una ingente actividad investigadora también en el seno de la psicología científica.

En cuanto al psicoanálisis como método de tratamiento, hay que insistir en que no ha mostrado su eficacia. Desde el punto de vista técnico, en cambio, ha aportado elementos valiosos, tales como la asociación libre, el análisis de los sueños, etc., que forman parte del corpus de la psicoterapia moderna.

Por otro lado, dadas las actuales tendencias dentro de la psicoterapia de demostrar la eficacia de las técnicas y de integrar distintos enfoques terapéuticos, es previsible que el futuro del psicoanálisis se establezca a lo largo de estas tendencias; es decir, que se aumenten los esfuerzos por lograr validación empírica y que se integre este enfoque con otros. Ambas tendencias son detectables en la actualidad.

3.2. Modelos humanístico-existenciales

Con la etiqueta «humanístico-existencial» se ha denominado, especialmente en el área de influencia norteamericana, tanto a los enfoques que provienen de la tradición fenomenológico-existencial europea como al fenómeno americano de la psicología humanista. En definitiva, agrupa una serie de enfoques terapéuticos de evolución diferenciada, aunque paralela, con multitud de influencias mutuas, pero con marcadas peculiaridades dentro de cada enfoque. Entre sus características principales cuenta esta fragmentación, además de una acentuada orientación tecnológica. Más que de una escuela, se trata de un movimiento que se aglutina como reacción al

reduccionismo académico, y en defensa de los valores integrales del hombre. Sobre cuáles son estos valores y la forma de llevarlos a cabo existen notables diferencias, pero se puede detectar un énfasis común por la autorrealización y el desarrollo del potencial humano.

3.2.1. Desarrollo histórico

El surgimiento de los modelos humanístico-existenciales en el contexto norteamericano de los años sesenta es fruto de múltiples influencias. Podría considerarse heredero de la reacción fenomenológica europea al atomismo wundtiano. Sin embargo, su evolución debe contemplarse a la luz de su repercusión social y cultural en la escena norteamericana primero, y más tarde en la europea. Su desarrollo se ha realizado al margen de la psicología académica, y, a pesar de considerarse una tercera fuerza frente al conductismo y al psicoanálisis, ya hemos indicado su falta de vocación paradigmática. En la actualidad, y con el signo histórico de los tiempos, debe considerarse como un conjunto de procedimientos terapéuticos, en su mayor parte desligados de las principales corrientes académicas.

— *Algunos antecedentes filosóficos*

Los antecedentes principales de estos modelos son el existencialismo y la fenomenología. Aunque se reconoce que sus raíces están en san Agustín y Descartes, la *corriente fenomenológica* halla sus orígenes más inmediatos en el pensamiento de Franz Brentano, por su énfasis en la experiencia, en el carácter activo de la psique, y en la naturaleza intencional de todo acto psíquico. Brentano influyó en el que se considera principal representante de la fenomenología, Edmund Husserl (1859-1938), para quien la experiencia inmediata del acto de conocimiento es que puede revelar la naturaleza de las cosas. Para ello hay que tomar lo que se conoce como la *epoché,* o actitud fenomenológica, es decir, la observación pura del fenómeno sin prejuicios ni creencias apriorística.[35] En términos operativos, la reducción feno-

35. Resulta interesante señalar las similitudes entre la reducción fenomenológica y la regla básica del psicoanálisis. Para seguir esta regla, los pacientes deben verbalizar todo cuanto les venga a la mente espontáneamente, prescindiendo de cualquier juicio; de igual modo, la reducción fenomenológica requiere prescindir de

menológica se traduce en una exigencia de imparcialidad en el observador y en el intento de prestar una atención especial a su propio estado de conciencia. La *epoché* es una operación mental en la que el sujeto pone el «mundo entre paréntesis», es decir, excluye de su mente cualquier juicio de valor sobre el fenómeno, así como cualquier afirmación sobre sus causas o trasfondo. En otras palabras, se trata de poner entre paréntesis la «sustancialidad» del objeto para quedarse con la conciencia pura. La fenomenología no debe confundirse con la introspección clásica: ésta se propone determinar los hechos empíricos, mientras que aquélla no pretende investigar los hechos sino las formas de la conciencia de los objetos. En consecuencia, antes de proceder al análisis empírico de la percepción o del juicio hay que intentar delimitar qué son, en esencia, una percepción o un juicio. De igual modo, ante un fenómeno empírico concreto el objetivo es captar la esencia universal (*eidos*) de todos los fenómenos de la misma clase (Pinillos, 1962). Desde esta perspectiva cada persona vive un mundo singular, un universo de significaciones constituidas por su conciencia, y se trata de comprender este mundo y su significado.

Martin Heidegger fue el discípulo de Husserl que más influyó en el desarrollo de los modelos humanístico-existenciales. Este autor se preocupó por temas existenciales, como el significado de la vida, la muerte, la ansiedad existencial, etc. Estos problemas habían preocupado ya a muchos otros, pero en especial a Kierkegaard,[36] quien atacó apasionadamente al racionalismo y al objetivismo, y a Nietzsche. Al principio, Heidegger se interesó más por el ser-en-el-mundo (*Dasein*) que por el «ser» en general, aunque en sus últimos tiempos esta preferencia se invirtió. Propuso el uso del método fenomenológi-

---

cualquier prejuicio. Además, al intentar seguir la regla básica, aparecen resistencias que hay que analizar en términos de defensas, transferencia, etc., y algo parecido sucede con la reducción fenomenológica. Tal como Merleau-Ponty lo expresó: «La mayor lección de la reducción es la imposibilidad de una reducción completa».

36. Desde el punto de vista psicoterapéutico debemos a Kierkegaard algunas de las descripciones más penetrantes que se han escrito sobre los estados de angustia (ansiedad) y culpa. También debemos a él la distinción, recogida por los psicoterapeutas existenciales, entre una existencia *auténtica* y otra *inauténtica*. En la primera de estas modalidades de existencia el individuo asume su responsabilidad en el desarrollo de sus potencialidades, mientras que en la segunda sufre la desesperación (ansiedad existencial) de enfrentarse a sus propios límites.

co para conocer las categorías del ser concreto (*existentia*). Pero para comprender las repercusiones de su obra, hay que considerarla en el contexto de las corrientes psiquiátricas fenomenológicas.

— *Las psiquiatrías fenomenológicas*

Ya Blondel, en su obra *La conscience morbide* (1914), había señalado que el paciente psiquiátrico vive en un mundo propio y subjetivo, que potencialmente puede comprenderse, propósito con el cual se desarrolla la llamada fenomenología psiquiátrica.

La *fenomenología descriptiva* fue definida por K. Jaspers como una descripción cuidadosa y exacta de las experiencias subjetivas de los enfermos mentales con el fin de empatizar lo más íntimamente posible con esas experiencias. Sin embargo, la interrogación minuciosa de los pacientes y las autodescripciones sobre sus vidas interiores que así se recogían resultaban un método muy limitado, pues sólo era practicable con aquellos pacientes que tenían la capacidad de recordar y verbalizar con exactitud sus vivencias. Para paliar estas deficiencias, la investigación se centró en el estudio de la estructura de los estados de conciencia.

La *fenomenología genético-estructural* intenta ir más allá del mero recuento de datos para buscar conexiones e interrelaciones entre esos datos. Minkowski la llamó «análisis estructural» y von Gebsattel «consideración constructivo-genética». El primero se propuso describir el «trastorno generador» a partir del cual se podía deducir el contenido de conciencia y los síntomas del paciente; por ejemplo, el trastorno generador en la melancolía es que el tiempo no se siente como una energía propulsora, de modo que se vive el presente como un estancamiento.

La *fenomenología categorial*, y más tarde la *daseinanalyse*, vinieron de la mano de Ludwig Binswanger, quien realizó una síntesis entre psicoanálisis, fenomenología y conceptos existenciales inspirados por Heidegger. La *daseinanalyse* pretende la comprensión de las categorías funcionales (temporalidad, espacialidad, causalidad y materialidad) que el *Dasein* («ser-en-el-mundo») proyecta en el mundo de la experiencia. Se trata, por tanto, de un método hermenéutico, cuyo objetivo es comprender la estructura propia del *Dasein*. Probablemente su carácter interpretativo se debe, en parte, a la influencia de la relación que mantuvo Binswanger con Freud.

– *Análisis existencial*

L. Binswanger (1881-1966) estudió y trabajó con Bleuler y Jung en Zurich en el marco del Hospital Psiquiátrico Burghölzli. Al principio de su carrera estuvo vinculado con el psicoanálisis –fue uno de los fundadores de la Sociedad Psicoanalítica Suiza y fue amigo personal de Freud durante toda su vida–. Sin embargo, pronto abandonó el marco psicoanalítico, que consideraba reduccionista, para adoptar un marco fenomenológico que, influido por la obra de M. Heidegger, fue evolucionando hacia posiciones existencialistas. La aportación más notable de Binswanger reside en la incorporación a la psicopatología y la psicoterapia del análisis de la estructura del *Dasein*. Para Binswanger el trastorno psicopatológico representa una inflexión (desviación, alteración) de la estructura del ser-en-el-mundo. Esta alteración aleja al ser humano de su ser ontológico. Vemos así cómo Binswanger al final conecta más con el segundo Heidegger, quien supeditó el conocimiento de la existencia al fin ontológico del conocimiento del «ser».

En su análisis de la estructura del *Dasein*, Binswanger distinguió entre *Umwelt* (nuestra relación con los aspectos biológicos y físicos del mundo, nuestro ser en cuanto naturaleza), *Mitwelt* (mundo interpersonal, es decir, nuestro ser con los otros), y *Eigenwelt* (forma con la que nos experimentamos a nosotros mismos). En cuanto a la psicopatología, Binswanger concebía los trastornos mentales como una desviación del ser-en-el-mundo (*Dasein*) del sujeto que, en tanto posee una estructura, podemos estudiar, describir y rectificar. Expuso su sistema en 1942 en el libro titulado *Análisis de las formas de la existencia*. Su procedimiento psicoterapéutico, la *daseinanalyse*, constituye una síntesis de conceptos del psicoanálisis, la fenomenología y el existencialismo, junto con intuiciones originales del propio autor.

Tanto la *daseinanalyse* de Binswanger como las propuestas de otros autores (M. Boss, R. May, Gendlin, etc.) adoptan el enfoque fenomenológico-existencial como marco filosófico, pero buscan en otras orientaciones (psicoanalítica, junguiana, humanista) su método terapéutico. No se sigue así de la propuesta de J. P. Sartre, cuyo «psicoanálisis existencial» pretende el desarrollo de un método propio. Pero no es ésta la aportación más importante de Sartre, sino la de romper con las aspiraciones ontológicas y esencialistas de los auto-

res anteriores. La conocida máxima sartreana de que la existencia precede a la esencia significa que el ser humano no viene con un ser a desarrollar, sino que tiene que encontrarlo por sí mismo. Considera así al hombre como un ser radicalmente libre e indeterminado, aunque limitado por su facticidad, sin la cual no se le puede comprender. Puesto que el estado de pura indeterminación es insostenible dentro de una facticidad, el ser humano se autodetermina mediante el *proyecto existencial*. Precisamente, la comprensión y análisis de este proyecto, que se materializa y se va modificando en las múltiples decisiones de la persona a lo largo de su vida, es el objeto del análisis existencial sartreano.

Para resumir, la idea central del análisis existencial podría tal vez expresarse con la frase de Ortega de que para vivir siempre hay que hacer algo (aunque sólo sea respirar). Desde este punto de vista, el objetivo de la terapia es analizar la estructura de eso que se hace en la vida. Binswanger denominaba a esta estructura *Dasein*. J.P. Sartre la denominó proyecto existencial. En nuestro país está tradición la cultivó L. Martín-Santos (1964) y, en la actualidad, M. Villegas (1981, 1988). De este último recogemos la siguiente definición de la psicoterapia existencial como «un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es provocar un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficientes para asumir y desarrollar libremente la propia existencia» (Villegas, 1988, pág. 55).

— *Logoterapia*

V. Frankl (1905-) era director del «pabellón de suicidas» de un sanatorio psiquiátrico en Viena cuando el nazismo se extendió por Europa. Frankl y su familia sufrieron la persecución nazi (sus padres, su hermano y su mujer fueron asesinados y él mismo sobrevivió a un campo de concentración). Estas experiencias explican la importancia radical que Frankl otorga a la pérdida de significado (sentido) en la vida o vacío existencial. Frankl ha acuñado la expresión «neurosis noogena» para hacer referencia a esta situación que, en su opinión, representa el aspecto clave de la neurosis. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a encontrar significado a su vida, porque «la vida es potencialmente significativa hasta el último momento, hasta el último suspiro, gracias al hecho de que se pueden extraer significados hasta del sufrimiento» (Frankl, 1985, pág. 298). Para lograr su

objetivo, el logoterapeuta se vale de un conjunto amplio de técnicas, como los diálogos socráticos, en los que se cuestionan por medio de preguntas las interpretaciones del paciente; la desreflexión, por medio de la cual se entrena al paciente a redirigir su atención de modo que no preste una atención inadecuada al síntoma; y la intención paradójica, en la que por vía del humor, principalmente, se anima al paciente a intensificar su síntoma de modo que se crea una nuevo contexto para su aparición.

Aunque generalmente se sitúa dentro de la concepción existencial de la psicoterapia, hay quien reivindica la logoterapia desde lo cognitivo (Mahoney, 1985), y de hecho su enfoque es difícil de clasificar, especialmente por sus particularidades técnicas. Hemos optado por incluir la logoterapia en este apartado por sus raíces históricas y filosóficas.

– *La formación del movimiento humanista*

Como se ha dicho anteriormente, la psicología humanista nació como fenómeno «genuinamente americano». Entre sus antecedentes podemos citar el funcionalismo de James y Dewey, con su visión del ser humano como ser activo, volitivo y social; y al conductismo «intencional» de McDougall. Tampoco se puede olvidar la influencia propia del psicoanálisis tal como llegó a Norteamérica, de la mano de los neopsicoanalistas, Karen Horney, Erich Fromm y otros, que a menudo se incluyen también entre las filas humanistas. Pero, en particular, parece ser que Alfred Adler ejerció una importante influencia al menos en el pensamiento de Maslow. Los filósofos Paul Tillich y Martin Buber, afincados en los EE.UU., fueron también una fuente notable de inspiración.

Sin embargo, el antecedente más claro de la psicología humanista es la escuela de la *Gestalt*, principalmente a través de Kurt Goldstein, quien trajo de Europa la influencia de Brentano reflejada en sus coetáneos guestaltistas. En su obra *El organismo*, publicada en inglés en 1939 (original alemán de 1934), expresa su concepción del organismo humano como totalidad y de su tendencia a la autorrealización, como fuerza impulsiva que pone al organismo en acción. De esta influencia surge en la psicología humanista la noción del ser humano como ser dotado de un potencial humano inherente que debe ser realizado o actualizado, descubierto más que inventado o

creado. Como expresa críticamente Villegas (1986a), para los humanistas «el hombre es naturalmente bueno y saludable: sólo necesita las condiciones amnióticas adecuadas para su crecimiento» (pág. 10).

Pueden hallarse ya signos de incubación del movimiento humanista en la década de los treinta con las obras de Gordon Allport (1937) y Henry Murray (1938), y su concepción de las necesidades humanas, que suponen una confrontación con el conductismo. En la década de los cuarenta aparecen las primeras aportaciones terapéuticas (Rogers, 1942) y las primeras propuestas de Maslow sobre la motivación. Pero no es hasta la década de los cincuenta cuando estas tendencias cobran fuerza. Por ejemplo, Rogers publica su *Psicoterapia centrada en el cliente* (1951) y Maslow su influyente obra *Motivación y personalidad* (1954).

En 1961 dos hechos marcan el nacimiento de la psicología humanista: la constitución de la American Association of Humanistic Psychology (AAHP) y la publicación del *Journal of Humanistic Psychology*. Previamente, Maslow, Moustakas, Sutich, Lee y Adams se habían reunido en la Universidad de Brandeis, con el fin de establecer un comité organizador para ambos acontecimientos. Un año más tarde James Bugental presenta el primer manifiesto humanista en la conferencia de la APA.

También presenta un notable valor fundacional la conferencia de Old Saybrock, a la que asistieron Allport, Murray, Murphy, y Kelly, además de Rogers, Maslow y May. En todos ellos se daba un clima de insatisfacción tanto hacia la psicología académica, como hacia su alternativa, el psicoanálisis.

En los años sesenta el movimiento de la psicología humanista creció de forma notable al abrigo del clima inconformista y de reivindicación de los valores humanos y naturales que imperó en la época. Un exponente de este crecimiento fueron los grupos de encuentro, que llegaron a ser bastante populares, especialmente en la costa californiana.

Al iniciar la década de los setenta la AAHP fue aceptada como División 32 dentro de la APA. A su vez, amplió su ámbito al nivel internacional, extendiéndose por Europa, India, Japón e Israel con la formación de diversas asociaciones. Para una descripción más detallada de estas asociaciones nos remitimos a Gimeno (1986); baste sólo mencionar que en nuestro país existen cinco asociaciones, tres de

ámbito nacional y dos de ámbito regional. Pero aparte de informar de esta evolución asociativa, poco más podemos decir de la psicología humanista en su conjunto. Nos tenemos que remitir a autores y técnicas concretas para poder narrar su desarrollo histórico.

– La psicoterapia centrada en el cliente, de Carl Rogers

C.R. Rogers (1902-1987) ha sido una figura de indudable importancia en el campo de la psicoterapia. Su influencia trasciende la psicología humanista y afecta a muchas áreas de la psicoterapia e incluso de la psicología (véase el debate público que mantuvo con Skinner en 1956, difundido a través de la revista *Science*).

Rogers fue educado en una familia caracterizada por su devoción y adhesión a la religión protestante. Despues de estudiar teología, realizó un doctorado en psicología en la Universidad de Columbia (Nueva York) y comenzó a trabajar como psicólogo en una clínica de orientación infantil. En este primer empleo Rogers estuvo expuesto «a una mezcla contradictoria entre pensamiento freudiano, científico y educativo progresista, junto con una formación específica en psicología clínica orientada a la aplicación de tests» (Rogers, citado por Raskin, 1985). Posteriormente, se interesó por la orientación heterodoxa de Rank, y asistió a uno de sus seminarios breves. Pero su genio creador lo llevó a desarrollar su propio enfoque, que vio su primera formulación en 1939 y posteriormente en 1942, siendo ya catedrático de la Universidad de Ohio.

El método inicial de Rogers se basaba en la no-directividad, y en la confianza de que el cliente sabría desarrollar su propio camino. Precisamente, la transmisión de esta profunda confianza constituye uno de los ingredientes clave de la terapia centrada en el cliente. Rogers logró un buen número de adeptos entre sus estudiantes, con los que llevó a cabo un caudal muy notable de investigaciones sobre el proceso terapéutico, instituyendo la audio-grabación de las sesiones como un instrumento fundamental. También desarrolló a lo largo de su obra (Rogers, 1951; 1959; 1961) su teoría de la personalidad basada en el concepto de self y en su diferenciación progresiva del mundo. Una de sus aportaciones más significativas para la psicoterapia es la determinación de las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico (Rogers, 1957). Es importante destacar también el período de Wisconsin, entre 1957 y 1963, en el

que desarrolló un proyecto de investigación con pacientes esquizofrénicos, para probar que incluso en casos graves hospitalizados la creación de condiciones facilitadoras permitiría el crecimiento personal. Los resultados de esta investigación, aunque interesantes, no confirmaron plenamente sus hipótesis. Sin embargo, el enfoque rogeriano es uno de los más fecundos, como testimonia la abundante literatura, tanto de investigación como clínica, que ha generado.

— *La psicoterapia guestáltica de Fritz Perls*

La terapia guestáltica nació de la mano de Fritz Perls (1893-1970), y de su esposa Laura Perls. Se pueden identificar una diversidad de fuentes de la terapia guestáltica, de entre las que destacamos:

1. La propia escuela de la *Gestalt*. Rosal y Gimeno (1983) dicen que su influencia es palpable aunque confusa, en parte dado el conocimiento impreciso que Perls poseía de esta escuela. Sin embargo, la noción de totalidad, la de *Gestalten* que tienden a completarse, y la dinámica figura/fondo, pueden contarse entre las nociones derivadas de la escuela de la *Gestalt*. Sin duda fue Goldstein con su noción de autorrealización quien ejerció una influencia más directa en Perls.
2. El psicoanálisis. Perls se inició en el Instituto Psicoanalítico de Berlín, donde realizó su análisis personal con Karen Horney, y cuando emigró a Sudáfrica fundó el Instituto Psicoanalítico Sudafricano. Fue después de haberse trasladado a los EE.UU. cuando desarrolló su propio enfoque. De hecho, como el título de su primer libro indica (*Yo, hambre y agresión*, 1947), su obra aparece al principio como una cierta reacción a la ortodoxia freudiana.
3. Wilhelm Reich. Perls se analizó también con él, poco después de terminar su análisis con Horney. En varios momentos reconoce su deuda intelectual con Reich, especialmente por su noción de armadura caracterio-muscular.
4. El psicodrama de Moreno. Influyó hasta tal punto que se ha llamado a la técnica guestáltica «autopsicodrama imaginario». Perls da mucha importancia técnica al juego de roles.

Su innovación es utilizar personajes interiores en lugar de las figuras externas reales psicodramáticas.

5. El existencialismo y el budismo Zen. Perls estuvo en contacto con ambas concepciones, de las que parece que sacó su énfasis en el vivenciar el «aquí y ahora», para entrar en contacto con la propia esencia. Como comenta Villegas (1986a), su influencia viene del existencialismo ontologista del segundo Heidegger, más que del pensamiento sartreano.

Perls se vinculó al movimiento humanista y la difusión de sus ideas fue muy amplia en los años sesenta, especialmente durante su estancia en el Instituto Esalen (1964-1969). Sus discípulos fueron también numerosos: J. Fagan, J. e I. Shepherd, A. Levitsky, E. y M. Polster, M. Shepard, J. O. Stevens, etc. Poco antes de su muerte Perls fundó el primer Instituto Gestalt cerca de Vancouver. Desde entonces han proliferado estos institutos en buena parte del mundo occidental (véase Castanedo, 1983) y también en nuestro país.

— El análisis transaccional de Berne

Eric Berne (1910-1970) era un neuropsiquiatra en proceso psicoanalítico (alumno de Federn y Erikson) cuando quedó impresionado por las investigaciones del Dr. Penfield, neurocirujano de la Universidad McGill, de Montreal, donde también él trabajaba. En concreto, le impactó el descubrimiento de que cualquier hecho observable que se registra en el cerebro se asocia a un sentimiento, y al evocarse con posterioridad, ambos aparecen juntos. A partir de entonces Berne elabora un modelo de los estados del Yo que conducen a una serie de transacciones y juegos, que describe en sus obras, entre las que destaca *Games people play* (1964), que resultó un *best-seller*. Ello marcaría una de las características del análisis transaccional: su carácter divulgativo. En efecto, muchas de las obras de este enfoque están pensadas no sólo para los terapeutas sino también para los clientes.

Berne tuvo bastantes adeptos y seguidores, de entre los que cabe mencionar Harris (p.ej., 1969), James y Jongeward (1975), R. y M. Goulding; más recientemente ha destacado C. Steiner (1974) con la elaboración de la noción berniana de *script* o guión de la vida de la persona, una noción no muy lejana (pero con menos base antropo-

filosófica) del proyecto existencial sartreano. En cuanto a las técnicas básicas, el análisis transaccional se nutre, en su mayor parte, de los juegos dramáticos guestálticos. De hecho, Perls y Berne se conocieron e influyeron mutuamente, y el 90 % de los practicantes de este enfoutilizan al mismo tiempo técnicas y nociones guestálticas.

— *El psicodrama de Moreno*

J. Moreno (1889-1974) compaginó sus estudios de psiquiatría con su afición por el teatro y la literatura. Durante la década de los años treinta emigró a los EE.UU., donde trabajó en cárceles e instituciones psiquiátricas y donde su enfoque llegó a ser muy popular. En realidad, las aportaciones de Moreno a la psicoterapia abarcan un amplio espectro: introdujo el concepto de encuentro en el ámbito terapéutico en los EE.UU. (que la psicología humanista retomó y adaptó), desarrolló el énfasis en la vivencia del presente (el «aquí y ahora»), y creó técnicas tales como «la silla vacía» y «el juego de roles», que fueron recogidas por la terapia guestáltica. Además, el enfoque de Moreno influyó notablemente en el pensamiento de Kelly. Junto a estas aportaciones hay que destacar tambien que Moreno fue el iniciador de la terapia de grupos y el creador de la sociometría. Todas estas contribuciones tenían en el psicodrama su marco común, de modo que hay autores que defienden que el psicodrama no debe entenderse simplemente como una técnica terapéutica basada en la analogía teatral, sino como un sistema terapéutico complejo que abarca las técnicas psicodramáticas, la sociometría y la terapia de grupos (Kriz, 1985).

— *Las terapias corporales y energéticas*

Derivados, en su mayor parte, de la influencia de Wilhelm Reich, surgieron en los años sesenta y setenta una serie de enfoques terapéuticos caracterizados por centrar su intervención en los aspectos corporales (musculares), limitando el diálogo verbal a aspectos relacionados con los ejercicios corporales propuestos, y cuya conceptualización vincula los conflictos con bloqueos energéticos localizados en el cuerpo. Sería largo enumerar la diversidad de enfoques y variantes existentes dentro de esta línea (parece que cada terapeuta corporal crea su propia escuela), por lo que nos vamos a centrar brevemente en el enfoque bioenergético de Lowen, que es quizá el más representativo.

Alexander Lowen (1910-) ha sido probablemente el terapeuta corporal más sistemático (dentro de su esoterismo) y ciertamente el más prolífico, habiendo escrito casi una decena de libros tanto para el terapeuta en formación como para el profano (p.ej., Lowen, 1958; 1975). Este autor ha formulado una teoría de la personalidad basada en el desarrollo y tipología del carácter, que sirve como orientación a su terapia. El origen de su enfoque se remonta a su encuentro con Reich, a quien conoció en un curso sobre «Análisis del carácter» en 1940, en Nueva York. Después de su análisis personal con Reich, y de formarse en su «vegetoterapia-caracterionalítica», no siguió la evolución posterior de su maestro hacia la «orgonterapia», y procuró desarrollar su propio enfoque. En 1956 fundó, con J. Pierrakos, el Institute of Bioenergetic Analysis, y trabajaron juntos hasta que en 1973 Pierrakos lo abandonó. Durante los años sesenta y setenta la bioenergética fue una de las técnicas más difundidas en el seno de la psicología humanista. Resultaba atractiva por la vistosidad de sus ejercicios y su potencial catártico, así como por el hecho de realizarse a menudo en grupos.

3.2.2. *Conceptos básicos*

Al exponer el desarrollo histórico de los modelos humanístico-existenciales ya hemos esbozado algunos conceptos básicos de cada teoría y lo hemos hecho así por la heterogeneidad que poseen estos modelos. Quizá lo que más se aproxime a un consenso formal de los principios básicos de los modelos humanístico-existenciales sea la declaración programática con la que se constituyó la AAHP. Ésta se presentó como una concepción psicológica del ser humano centrada en torno a cuatro aspectos claves:

1. *Autonomía e interdependencia social*: autonomía significa aquí capacidad para dirigir el desarrollo propio, tomando decisiones y aceptando responsabilidades. Se sostiene que la autonomía individual y la responsabilidad social no son principios contrapuestos sino complementarios, de modo que sólo un individuo que es autónomo puede ser responsable frente a la comunidad.
2. *Autorrealización*: se concibe como una tendencia inherente

al organismo que lo impulsa hacia el crecimiento y la diferenciación. El desarrollo de esta tendencia depende en gran medida de la satisfacción de las necesidades básicas del organismo. Maslow aportó a la psicología humanista una concepción jerárquica de estas necesidades.

3. *Búsqueda de sentido*: el énfasis aquí recae en el carácter intencional de la acción humana. Se sostiene que el hombre no sólo se mueve por motivaciones materiales, sino también por principios axiológicos, tales como la libertad, la justicia y la dignidad, que suponen el intento de trascender la propia existencia.
4. *Concepción global del ser humano*: el ser humano se considera como una *Gestalt*, un conjunto integral en el que sentimiento, pensamiento y acción forman un todo orgánico.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, quizás el rasgo único más relevante de los modelos fenomenológico-existenciales es el énfasis otorgado a la vivencia inmediata como fenómeno primario. Ello implica que tanto las explicaciones teóricas como la conducta manifiesta se consideran subordinadas a la vivencia misma y a su significado para la persona. También resulta característico de estos modelos el énfasis en los aspectos volitivos, creativos y valorativos de la conducta humana. Más allá de estos rasgos generales resulta difícil hablar de conceptos básicos sin hacer referencia a las teorías específicas en las que cobran sentido. Conviene, pues, adentrarse brevemente en cada uno de estos enfoques aunque sólo sea para proporcionar unas pinceladas necesariamente simplificadoras.

– *El análisis existencial*

La noción central de este enfoque es la de proyecto existencial, ya mencionada al trazar su evolución histórica. El propósito de la psicoterapia no es otro que analizar este proyecto y su modificación; en palabras de Villegas (1988):

> La psicoterapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, la facticidad, sino la persona, su percepción de las cosas, por la asunción radical de la única cosa que depende de ella misma, la propia experiencia, por la integración de todas las

> experiencias y contradicciones. Su objetivo es recobrar al ser humano, recobrarlo para su autoposesión y autodeterminación, lo que implica un cierto enfrentamiento consigo mismo; con frecuencia, el individuo se halla perdido o alienado en el intento de resolución de los problemas que le plantea su trascendencia radical. La finalidad del análisis de las estructuras de su mundo es descubrir las formas y los puntos de alienación hétero- o sobredeterminados, para restaurar la libertad de base, permitiendo una reconstrucción alternativa de su experiencia (págs. 62-63).

Desde esta perspectiva se considera que los distintos trastornos psicopatológicos son formas inauténticas de existencia, estancamientos o vacíos existenciales, defensas o negaciones del «ser-en-el-mundo», renuncias o pérdidas de libertad (Villegas, 1981).

— *El enfoque centrado en la persona*

Una de las nociones principales de este enfoque es el rechazo de la autoridad del terapeuta porque se propone que

> es el propio cliente quien sabe lo que le lastima, qué direcciones ha de seguir, qué problemas son cruciales, qué experiencias han estado profudamente enterradas. Comenzó a sucederme que a menos que yo necesitara demostrar mi talento y conocimientos, confiaba más en el paciente para la dirección del movimiento (Rogers, 1961, págs. 11-12).

Su radical confianza en el cliente es para Rogers no sólo un presupuesto axiológico de su terapia sino su arma terapéutica más poderosa. Esta confianza se halla fuertemente afianzada en la noción de autorrealización.

Junto a esta confianza radical en la capacidad del cliente para dirigir su propia vida, la concepción de Rogers se asienta en la premisa de que el mundo personal se construye sobre los sentimientos, que siempre son lo que son, es decir, que proporcionan una evidencia orgánica personal que define la realidad de la persona. A partir de ésta y de la interacción con los demás, el individuo se forma una imagen consciente de sí mismo (self). Cuando esta imagen discrepa del proceso de valoración orgánica se producen desajustes psi-

cológicos. En consecuencia, la psicoterapia rogersiana se dirige a facilitar la emergencia de una imagen de sí mismo que sea congruente con la experiencia o evidencia orgánica personal. Para ello, resulta crucial la actitud del terapeuta que, como veremos más adelante, es el aspecto que más atención ha recibido en el enfoque rogersiano. La tarea fundamental del terapeuta, según Rogers, consiste en crear las condiciones idóneas para que el cliente pueda crecer y desarrollarse. Este objetivo se concreta en cuatro características:

- El impulso al crecimiento.
- Énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.
- Importancia del presente.
- La relación terapéutica como experiencia de crecimiento en sí misma.

Su teoría de la personalidad está constituida en torno a dos conceptos o nociones fundamentales: el sí mismo y el organismo. Descansa en la hipótesis de que el individuo es capaz de dirigirse a sí mismo y que tiene capacidad para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia. Su crecimiento designa un conjunto de dos sistemas: un sistema motivacional unificado, la tendencia actualizante, y un sistema de evaluación de la experiencia, que funciona como regulador del primero. El desarrollo sería una tendencia universal e innata. Para Rogers, el sí mismo es un producto de la diferenciación de la experiencia total a través de las interacciones con los otros, que dan un sentido particular a la experiencia de sí.

El proceso de integración, objetivo de la psicoterapia, consiste en percibir la construcción de un Yo congruente con la experiencia, reducción de los procesos de defensa por medio del aumento de la consideración positiva incondicional que el sujeto experimenta hacia sí mismo. Para conseguir esto, la actitud del terapeuta ha de ser la de comprensión empática.

El origen de la inadaptación psicológica reside en perturbaciones del sistema de evaluación de la experiencia, resultantes de influencias exteriores. Para el individuo, la posibilidad de percibir adecuadamente su propia experiencia subjetiva es la condición necesaria para el cambio, porque le restaura la posibilidad de evaluar su experiencia y modificarla.

— El enfoque guestáltico

Este enfoque terapéutico concibe al individuo en su totalidad. Se da por supuesto que el sujeto tiene una tendencia natural a completar su existencia (versión guesltáltica de la tendencia a la autorrealización). Sin embargo, este impulso puede malograrse, llegándose a una *Gestalt* incompleta: primer paso hacia el desajuste, esto es, un proceso de alienación que supone la negación de necesidades o deseos legítimos. Una persona insatisfecha continúa elaborando asuntos inconclusos del pasado en su actividad presente, impidiendo que nuevas figuras emerjan aquí y ahora. Así, se puede establecer la diferencia entre un fondo fértil que provee de innumerables figuras que en su momento pueden ponerse en relieve, y un fondo rígido formado por *Gestalten* incompletas que sólo permite surgir la misma figura obsesivamente en mil variantes. Los tres principios de la terapia *Gestalt* son:

1. Valoración de la actualidad: lo temporal, lo espacial, y lo material. El aquí y ahora es la condición situacional de la terapia; se intenta evitar todo lo que no está o no se desarrolla en el presente; significa maduración y crecimiento. Se pretende que el sujeto no se refugie en el pasado.
2. Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia, trascendiendo los discursos intelectuales y las interpretaciones.
3. Valoración de la responsabilidad o integridad. Cada uno es responsable de su conducta, bien sea ésta el deprimirse, enloquecer o incluso suicidarse.

Una de las finalidades de este enfoque es promocionar el darse cuenta (*awareness*) de las emociones y del sentir del momento, el continuo experienciar el «aquí y ahora». Gran parte del contenido de la conciencia es un flujo de imágenes y de lenguaje subvocal que no tiene raíces profundas en la conducta actual. Con frecuencia toman la forma de un ensueño difuso que gira en torno a un asunto pendiente sin resolverlo, es decir, son fantasías insustanciales que apenas brindan una gratificación superficial; conviene distinguirlo de la toma de conciencia: ésta supone una toma de contacto con lo real y lleva a la liberación de la tensión y al aumento de energía.

La toma de conciencia también difiere de la introspección en el sentido de que en la primera el self se experimenta como una totalidad, y se da una concentración espontánea en lo que le interesa al sujeto. Al no perder este contacto con el ambiente el organismo descubre nuevas cosas, lo que significa dar un paso hacia lo desconocido. En la introspección, por el contrario, el self aparece dividido: una parte observa y otra parte se convierte en objeto (lo observado); implica un esfuerzo, una concentración forzada. No descubre nada nuevo porque se mantiene apartado del interés organísmico total actual.

Se considera que el individuo es una secuencia interminable de polaridades. Tiende a polarizarse sobre un opuesto y a evitar el otro. Se sepulta la polaridad no aceptada mediante defensas y bloqueos debido al temor que le produce ella misma (o lo que pueda desencadenar).

Se superan estas fantasías y se da el crecimiento cuando se remueven y dinamizan las posibilidades de contacto entre polaridades, primero, viviendo plenamente cada polaridad, y, en segundo lugar, facilitándose el contacto con su opuesto. Tendrá que autoapropiarse de la polaridad rechazada (toma de conciencia) para llegar a la integración, que es el objetivo final de la terapia.

Cuando no se produce una toma de conciencia ni la integración, se llega al desequilibrio psicológico: el self realiza actividades que bloquean esta toma de conciencia. Estos bloqueos pueden adquirir las siguientes formas:

Proyección. El sujeto atribuye a otros los atributos que rechaza de sí mismo. En terapia se pretende que se apropie de lo proyectado, que se identifique con ello.

Retroflexión. Proceso general de negar, contener o equilibrar la tensión impulsiva. Marca excesivamente el límite entre el Yo y el entorno. El individuo se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a los demás. Puede ser transitorio o crónico. Se le puede poner en relación con el trabajo que está realizando en ese momento y sacarlo hacia fuera haciendo más coherente su vivencia.

Desensibilización. Análogo sensorial de la retroflexión motriz (visión borrosa, el «no escuchar», la indiferencia sensorial...). Se puede hacer que contacte consigo mismo y con los demás en secuencias alternativas.

Introyección. Forma de ser que el organismo en evolución adopta de los otros significativos sin asimilarlos o integrarlos con el self. Es el camino opuesto a la identidad. Esto provoca un diálogo interno entre el self ideal y el real.

Cuando ocurre alguno de estos mecanismos neuróticos se estropean las relaciones interpersonales; la conducta es torpe y carente de gracia; la respiración y expresión vocales están deterioradas y se acumulan los asuntos pendientes.

— *El análisis transaccional*

Este enfoque consta de cinco niveles de análisis:

El *análisis estructural* se basa en la conceptualización de los tres estados del Yo: el Padre (P), el Adulto (A) y el Niño (N).

Padre. Proviene de la interiorización de actitudes paternales realizada durante la infancia. Tiene relación con las normas sociales, juicios morales, actitudes protectoras, castigadoras, etc.
Adulto. Se corresponde con la expresión objetiva de la realidad, y se manifiesta en comportamientos racionales. Media entre P y N.
Niño. Representa los sentimientos, deseos e instintos, que surgen espontáneamente de la persona.

Este tipo de análisis permite conceptualizar al cliente de acuerdo con sus estados del Yo predominantes, y la dinámica interna entre ellos.

El *análisis de las transacciones* se ocupa del estudio de la comunicación o intercambio de mensajes desde el estado del Yo de un sujeto a otro, lo que permite entender ciertos fracasos comunicacionales. Sugiere tres tipos de transacciones:

Transacciones complementarias. El mensaje parte del estado del Yo del emisor y llega a un estado del Yo concordante del receptor (p.ej., del Padre del emisor al Niño del receptor; o de Adulto a Adulto). El diálogo, cooperación y entendimiento son posibles.
Transacciones cruzadas. El mensaje activa en el receptor un estado del Yo inadecuado. Surge el conflicto y la comunicación tiende a romperse.

Transacciones ulteriores. El mensaje se transmite a dos niveles (verbal y no verbal) simultáneamente y de forma no congruente. Se dan los mensajes soterrados y la confusión.

El *análisis de los juegos* comprende el estudio de secuencias interactivas más largas y complejas. Berne concibió los juegos como transacciones ocultas destinadas a manipular a los demás en beneficio propio, y catalogó infinidad de juegos de forma directamente comprensible mediante una frase corta que los resume. Ejemplos:

«Quiéreme aunque sea una calamidad». Consiste en hacer mal las cosas para terminar disculpándose de mil maneras para provocar la compasión ajena.
«Mira lo que me has hecho hacer». Su componente principal es la culpabilización y el hacer responsables a los otros de los propios actos.
«Vais a pelear tú y él». Se trata de enzarzar a dos o más personas en una lucha o recelo mutuo para confirmar la postura del jugador.
«Si no fuera por ti». Actitud de reproche hacia los demás, a los que se responsabiliza de las limitaciones propias o de la no realización de deseos. A menudo esconde el miedo a tal realización.

Finalmente, el *análisis de los guiones* pretende el estudio de aquellas pautas de comportamiento más arraigadas o de los juegos que más se repiten, relacionadas con una especie de programación paterna que se da en la infancia. Esta programación se realiza a veces con frases que le son repetidas al niño, o como mensajes más implícitos: «Vas a ser un don nadie (o un gandul)», «serás médico como tu padre», «no confíes en los demás», etc. La comprensión histórica del guión conlleva un *análisis del desarrollo* que Berne reconoce como similar al psicoanalítico, aunque mucho más breve porque se centra en la identificación de estos mensajes programadores paternos.

– *El psicodrama*

Desde el punto de vista terapéutico, la noción clave sobre la que gira el psicodrama es la noción de catarsis: «Toda verdadera repetición nos libera del episodio original» (Moreno, 1923, citado en Kriz,

1985). Conviene resaltar que la repetición tiene que ser verdadera, es decir, realmente vivida por el *protagonista* en toda su intensidad y en toda su complejidad. A ello contribuyen los elementos presentes en el psicodrama, tales como el *escenario* (que incluye una recreación simbólica de los objetos), el *director de escena* (terapeuta) y los *actores* (miembros del grupo), que pueden representar los papeles que otras personas representaron en la vida del protagonista y también «yoes auxiliares» del protagonista. Sin embargo, al margen de su complejidad inicial, el sistema de Moreno podía descomponerse en varios elementos y procedimientos específicos de modo que podía adaptarse fácilmente (sin citar a Moreno) a las más diversas circunstancias, siendo esto lo que sucedió en los EE.UU. en las décadas siguientes.

— *La bioenergética*

Como su nombre indica, uno de los supuestos fundamentales de este enfoque es la existencia de una (bio)energía vital (Reich), no a un nivel metafísico, sino firmemente ligada a los procesos vitales, como la respiración, la postura, la rigidez muscular, etc. Esta noción refuerza y se apoya en otro principio fundamental de la bioenergética: no tenemos un cuerpo sino que somos un cuerpo. La reivindicación del cuerpo como elemento esencial de la identidad (*vs.* un énfasis en la psique) es característica de los enfoques llamados corporales. Se postula que el cuerpo tiene su propia dinámica, que expresa el ser del individuo a través de sus gestos, movimientos, posturas, etc. Es más, se postula la existencia de una memoria muscular. Siguiendo las nociones reichianas, se afirma que las represiones y conflictos infantiles se registran en el cuerpo. Se analiza, pues, el cuerpo, sus bloqueos y rigideces, como modo de entender el estado de la persona en lo referente a conflictos y tensiones.

La bioenergética también sigue a Reich en otra noción fundamental: el carácter. Está constituido por sus defensas más habituales desarroladas desde la infancia que bloquean sus impulsos vitales. Tales defensas se organizan en capas que configuran la estructura caracteriológica. Lowen (1975) ha propuesto cinco formas caracteriológicas definidas: esquizoide, oral, psicopático, masoquista y rígido. Para cada una de estas formas caracteriológicas, Lowen describe la estructura corporal del sujeto, sus núcleos de rigidez predominantes, sus bloqueos principales, la dinámica de su energía, su apariencia

física, sus características psicológicas y la génesis de dicha estructura caracterial.

La noción más característica de la bioenergética es la de *arraigamiento* (*grounding*), o asentamiento del cuerpo (y por tanto de la persona) en el suelo (realidad). En el arraigamiento se revelan tanto los conflictos emocionales (que alejan la persona de la realidad) como la seguridad y buena base.

3.2.3. *Método terapéutico*

Dada la diversidad de enfoques expuesta en los apartados anteriores, se hace también difícil hablar de «el» método humanístico-existencial. En efecto, los terapeutas de estos enfoques utilizan una gran diversidad de procedimientos, y se dan diferencias importantes entre los practicantes de uno y otro enfoque. A la vez que afirmamos esto, hay que decir que la mayoría de estos terapeutas conocen más de un enfoque y utilizan técnicas o actitudes procedentes de otros. Entre los aspectos más debatidos está la cuestión del peso de las técnicas en el proceso terapéutico. En este sentido existen dos posturas bien diferenciadas: (a) la de Rogers y los existenciales, que reclaman la supremacía de las actitudes del terapeuta en detrimento de las técnicas concretas, y (b) la de otros enfoques, que destacan el valor de los ingredientes técnicos. En este apartado vamos a tratar ambos aspectos.

— *La relación terapéutica*

Como hemos visto al trazar la evolución del pensamiento de Rogers, en su última época este influyente humanista sugirió que el ingrediente terapéutico más importante es la relación de persona a persona que se establece entre cliente y terapeuta. En esta relación, lo que resulta determinante son las actitudes que toma el terapeuta, cuestión que interesó a Rogers a lo largo de toda su carrera. Quizás una de las contribuciones fundamentales de este autor al campo de la psicoterapia sea la formulación de las actitudes suficientes y necesarias para el cambio terapéutico (Rogers, 1957; 1961; Rogers y Carkhuff, 1967), que resumimos así:

1. *Consideración positiva incondicional*. Concordante con el

planteamiento fenomenológico-existencial, supone una actitud de total respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos del cliente. El cliente debe sentir que todo aquello que sienta o exprese puede ser aceptado por el terapeuta. Tal aceptación no supone estar de acuerdo o dar un beneplácito, sino entender que aquello que expresa el cliente forma parte de su experiencia.

2. *Empatía.*[37] Se refiere a la actitud esforzada del terapeuta por apreciar y comunicar al cliente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa. Significa entrar en el mundo perceptual del cliente y entenderlo tal como éste lo entiende. Esta comprensión de la vivencia del cliente fomenta también su integración, además de la sensación de sentirse comprendido.
3. *Congruencia.* La congruencia o autenticidad en la actitud del terapeuta proviene del reconocimiento de que la empatía, para ser efectiva, debe ser genuina y real. Debe existir congruencia entre lo que el terapeuta dice, hace y siente. Supone que el terapeuta exprese también algunos de sus sentimientos para proporcionar al cliente una imagen íntegra y congruente. Por ejemplo, si hay una expresión del cliente que hace sentir mal al terapeuta (o bien cuando tiene dificultades para comprenderlo), éste puede expresarlo. Por tanto, implica que el terapeuta exprese aquellos sentimientos que le impiden ser empático.

Estas condiciones han llegado a ser generalmente aceptadas como necesarias para un buen proceso terapéutico por todas las escuelas, aunque con matizaciones. El principal punto de discusión es si son realmente suficientes, además de ser necesarias (véase 4.2 y 4.3). Se ha señalado también que lo realmente importante es la vivencia de tales actitudes del terapeuta por parte del cliente.

En efecto, en el caso de la empatía, Barret-Lennard (1986) postula tres estadios del ciclo de empatía:

37. Pelechano, De Miguel y Peñate (1991) realizan una profunda revisión histórica y conceptual de la noción de empatía desde su primera formulación alemana (*Einfühlung*) fuera del ámbito de la psicología clínica, hasta su adopción en la psicología estadounidense, de la mano de Titchener, llegando a sus diferentes usos actuales. Se trata, pues, de un término con cierta tradición y complejidad.

1. El terapeuta se debe sentir empático hacia el cliente.
2. El terapeuta debe transmitir esta comprensión empática al cliente.
3. El cliente debe sentirse entendido.

La tercera de estas condiciones resulta la central, tal como confirma también la investigación empírica, puesto que si el cliente no llega a sentirse comprendido empáticamente de nada sirven los esfuerzos del terapeuta. Por otro lado, recientemente, el concepto de empatía ha recibido también atención, con la distinción entre empatía afectiva y cognitiva, y la indicación de que se trata de un proceso más complejo y multidimensional de lo que parece (véase Lietaer *et al.*, 1990; y el número 27/28 de la *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, monográfico sobre este tema).

Ya hemos dicho que es difícil aportar una visión concreta para todos los modelos humanístico-existenciales, pero la propuesta rogeriana de la relación terapéutica como de persona a persona parece imperar en la mayoría de ellos.

— *Recursos técnicos*

En la descripción de los ingredientes técnicos de los modelos humanístico-existenciales, hemos seguido la estructuración de Rosal y Gimeno (1988), quienes agrupan estas técnicas de acuerdo con una serie de categorías.

El uso del espacio y los elementos materiales. Es habitual, en estos modelos, desarrollar la práctica terapéutica grupal e individual en un espacio con pocos objetos decorativos con la finalidad de conseguir una focalización de la atención en lo que está ocurriendo en ese momento.

Normalmente habrá allí algunos elementos materiales, tales como almohadones, que se utilizarán como elementos auxiliares simbólicos. Según el tipo de trabajo que se vaya a llevar a cabo aparecerán también toda clase de materiales que se crean convenientes. El psicoterapeuta utiliza pinturas, arcilla, papel, elementos naturales (piedras, flores, hojas, etc.), maquillajes, espejos, sillas, música y cualquier otro objeto. Si el terapeuta se decanta por un modelo concreto de práctica terapéutica, los materiales serán diferentes para cada uno de ellos: por ejemplo, un colchón, mantas, una raqueta

para la bioenergética; sillas y máscaras para el psicodrama y materiales pictóricos y música para arte-terapia. La disposición espacial puede convertirse en un requisito indispensable de la terapia, por su contenido simbólico, como ocurre, por ejemplo, en el escenario dramático de Moreno (1959).

El uso del tiempo: centramiento en el aquí y ahora. Uno de los objetivos de los modelos humanísticos-existenciales, como antes hemos visto, lo constituye el facilitar la toma de conciencia de lo que pasa «aquí y ahora», es decir, en el presente. Los medios utilizados para el logro de ese centramiento en la actualidad son múltiples, y cada uno de los modelos humanístico-existenciales lo hace por su propia vía. Probablemente, la que mayores aportaciones ha realizado en este sentido es la psicoterapia de la *Gestalt*. Perls (en Fagan y Shepard, 1970) propone que, con el fin de fomentar la conciencia del ahora, la gente se comunique en tiempo presente: «¿De qué tiene conciencia en este momento?». «¿Qué está pasando ahora?» «¿Qué está sintiendo en este instante?»

Como aportaciones procedentes de la psicoterapia de la *Gestalt*, además del uso del presente en la comunicación verbal, también se utilizan juegos, como los de decir frases en las que se incluya la palabra «ahora», o el empleo del «continuo de conciencia» y la sustitución de los «¿por qué?» o «porque» por «¿cómo?» y «así» en el diálogo terapéutico y grupal, y la focalización de la atención sobre la conciencia. Otro recurso es pedir a la persona que «permanezca en la emoción en que se encuentra» sin hacer nada con ella, y simplemente se observan los cambios que en la misma se producen. También se estimula la permanencia en el presente mediante la lentificación de los movimientos, e igualmente mediante la repetición de los mismos y de las frases, cuando el terapeuta intuye que la persona está «pasando por encima» de ellos para evitar contactar con emociones desagradables.

Aportaciones concretas del análisis transaccional a la contribución al centramiento en el tiempo son los análisis de las transacciones grupales que están teniendo lugar en el momento, y en especial el de las transacciones redefinitorias (con cambio de tiempo gramatical del verbo en algunos casos), que señalan la zona del presente peligrosa para el sujeto —y que está tratando de evitar—, reconduciendo así al mismo a esa zona.

La terapia rogeriana utiliza la vía de sintonización con las emo-

ciones de la persona que aparecen expresadas en el aquí y ahora, bien de forma clara, bien en forma encubierta. La psicoterapia de la *Gestalt* utiliza el soliloquio como un medio de llevar a la persona a la conciencia de emociones presentes que no se están manifestando. La bioenergética utiliza entre otras vías los ejercicios de *grounding* o asentamiento, de centramiento en sensaciones corporales y de percepción de conexiones entre la realidad corporal del momento y la conciencia, e igualmente ejercicios en los que la atención está plenamente focalizada en el cuerpo. Se presta una atención especial a los bloqueos que se producen a nivel muscular y en la respiración, y se trabaja a partir de ellas el presente corporal como punto de partida del presente global de la persona.

Otros de los recursos más extendidos, comunes a varios modelos, son los de «hacer de espejo» del individuo para confrontarle con sus contradicciones, y ayudarle a una toma de conciencia más amplia de su presente y del conflicto que se está manifestando a través, bien de su postura o gesto, bien en la contradicción entre éstos y sus palabras o de éstas con los mensajes paralingüísticos.

Utilización de la fantasía. En varios modelos humanístico-existenciales se utiliza de una manera muy destacada la fantasía en distintas formas, bien dentro de los esquemas del «ensueño dirigido» (Desoille, 1945), bien como fantasías «actuadas» en psicodrama, o como fantasías de contacto con el «Pequeño Profesor» en el análisis transaccional, para captar decisiones habitualmente no accesibles a la conciencia.

La utilización de la fantasía permite la revelación de material emotivo no consciente, mediante la proyección de ese material en forma de metáforas y símbolos que después el fantaseador se puede reapropiar como suyos, mediante la identificación con cada uno de ellos.

También se utiliza para evitar racionalizaciones que en el lenguaje verbal lógico tienen una mayor posibilidad de aflorar (dado el mayor control consciente que del mismo tenemos). En los ejercicios de fantasía se entra en un terreno desconocido y, a la vez, de alguna forma permisivo, de modo que el desplazamiento de emociones e impulsos a imágenes simbólicas permite al individuo sentirse más protegido que en el lenguaje lógico, respecto a sus reproches íntimos de culpabilidad o frente a sus amenazas internas. El trabajo con la fantasía sirve de camino para la apertura de aspectos negados de la propia personalidad.

Dentro de los trabajos con la fantasía podemos situar los trabajos con sueños, realizados, por ejemplo, con el método guestáltico (identificación sucesiva con todos los elementos del sueño), por citar sólo dos de las formas más usadas por los modelos humanístico-existenciales.

El trabajo de la fantasía —como antes se apuntó—, tiene lugar de manera variada según la modalidad terapéutica que se utilice. Así, vemos que en psicoterapia de la *Gestalt*, por ejemplo, se usa la fantasía guiada en la cual el trabajo básico es de identificación con el material verbal proyectado, al igual que con los sueños. En análisis transaccional, por su parte, ante todo se usa para descubrir decisiones «de guión» adoptadas por el «Pequeño Profesor» y que han quedado fuera del control del Adulto, de modo que sirve tanto como ayuda para el análisis de guión como para «energetizar» las zonas de la personalidad en que se originó la distorsión perceptiva o emotiva y decidir de nuevo desde esa misma zona. También se trabaja con ella en base a fantasías de futuro para desensibilizar o ayudar en las decisiones.

El empleo de la dramatización y la expresión corporal. Una de las vías terapéuticas empleadas en los enfoques humanistas consiste en la dramatización de los conflictos inter o intra personales. Tomando de Moreno el convencimiento de que es distinto narrar una experiencia que actuarla, se utilizan dos modalidades distintas de la dramatización:

1. La manera psicodramática es aquella en la que el conflicto interpersonal se representa con la ayuda de los otros participantes del grupo, o bien del que se denomina el Yo auxiliar. La finalidad de la dramatización, que puede referirse tanto a un conflicto pasado no asumido y que se mantiene pendiente en algún punto en la actualidad, como a un conflicto presente o a un temor futuro que está ya incidiendo en el individuo (y en este sentido está también presente), es la de permitir al sujeto explorar todos los aspectos de la situación y, a partir de ahí, provocar un cambio en el mismo, bien mediante la reorganización global de la percepción y emoción que tal situación plantea, bien a través del descubrimiento de nuevas opciones respecto a la situación en sí, bien por miedo de la desensibilización respecto del

objeto del temor. Dado que hay muchas variantes psicodramáticas, se pueden replicar las diferentes modalidades de representación, bien con sustitución de personajes, bien con imágenes simbólicas.

2. La manera guestáltica, o «autopsicodrama imaginario», es aquella en la que el protagonista incorpora dramáticamente todos los personajes que intervienen en la representación o, en los conflictos intrapsíquicos, todas las partes propias que generan el problema, alternativamente y con desplazamiento espacial (en general, se realiza señalando simbólicamente la presencia «del otro» o de «la otra parte» mediante un almohadón o una silla y se le pide al sujeto que cambie de lugar cuando incorpore el otro personaje o el otro aspecto de la personalidad). Mediante este tipo de trabajo el individuo puede reconocer en los conflictos interpersonales sus proyecciones con una mayor facilidad y también acercarse intensamente a los núcleos que generan tensión. En los conflictos intrapsíquicos la incorporación alternativa de las partes le permite vivir con toda riqueza cada una de ellas. Así se elude la habitual alienación de uno de los dos polos del conflicto por resultarnos incómodo, y que puede transformarse en una fuerza positiva al servicio de la persona. De esta forma, se establece una nueva relación interna que implica un cambio perceptivo respecto a sí mismo y a la relación con los demás, al tiempo que un cambio emocional correlativo.

Aparte de estas dos modalidades, la dramatización se usa también como método de exploración de adaptaciones sociales que dan lugar a esquemas rígidos de conducta. Así, puede proponerse, por ejemplo, la dramatización de la propia conducta del individuo en el grupo, o de una conducta limitadora, y animarle a exagerarla (con la finalidad de captar claramente todas las limitaciones que la mecanicidad del rol le impone y provocar así la reacción frente a ella), o bien a representar el papel antitético de la misma (con el fin de lograr una desensibilización respecto al mismo o la toma de conciencia de los obstáculos internos que se pone para desarrollarla).

Además de la dramatización, los enfoques humanistas implican la acción corporal mediante otros procedimientos. Algunos corres-

ponden a formas específicas de expresión corporal utilizadas con un objetivo terapéutico, como puede ocurrir con la psicodanza, por ejemplo. Otros tienen lugar en el interior de diferentes modelos, incorporados a los mismos como elementos a utilizar en un momento dado, como puede ocurrir, por ejemplo, en la petición a un participante de que repita, exagere y amplíe un determinado gesto o postura o en la realización de juegos con estímulos para la expresión corporal (lúdicos, muchas veces, y frecuentemente acompañados de música) en los que posteriormente se procede a una elaboración terapéutica de lo ocurrido durante el transcurso de los mismos.

Otros enfoques, a partir de los planteamientos de Reich y de la bioenergética en un principio, y después de todo lo que se ha dado en llamar «terapias corporales» (véase Feixas, 1985 para una revisión crítica), utilizan el cuerpo no sólo como intermediario o colaborador en la sesión terapéutica, sino también como objeto directo de la misma. Algunos de los ejercicios utilizados como vía terapéutica son los siguientes:

— Los ejercicios de respiración, muchas veces sonorizada y que tienen como finalidad el aumento del contacto con nosotros mismos y con lo que nos rodea.
— El «arco bioenergético», así como otras posturas ya codificadas dentro de este modelo terapéutico, destinadas a facilitar el desbloqueo de las tensiones crónicas de distintos lugares del cuerpo.
— Los ejercicios de grito, así como de movimientos para expresar emociones que han sido sistemáticamente bloqueadas por el individuo. Mediante estos ejercicios expresivos, enfoques como la terapia primal de Janov y la bioenergética pretenden el desbloqueo muscular, junto a la toma de conciencia de las propias emociones y la elaboración de una nueva percepción propia a partir de esta capacidad expresiva.
— Ejercicios de *grounding* o de enraizamiento, para facilitar la sensación de arraigo en la realidad y la profundidad de la relación con el entorno.
— Ejercicios relacionados con la exploración de posibilidades corporales y de la correspondiente exploración de nuevas posibilidades perceptivas y emocionales, como los de la danza natural.

Hay que tener en cuenta que algunos de estos ejercicios, mirados superficialmente o practicados en forma inadecuada o inoportuna pueden parecer superfluos, inoperantes o incluso perjudiciales. La experiencia catártica, dentro de los enfoques humanistas, no constituye un objetivo por sí misma, como algunos han interpretado, y vale la pena recordar, con Lowen, a propósito de los ejercicios bioenergéticos, que

> están diseñados de manera única para ayudar al individuo a ponerse en contacto con las tensiones que inhiben la vida del cuerpo. Pero, también a semejanza de las prácticas orientales, sólo darán resultado si se convierten en una disciplina, no si se ejecutan mecánica o compulsivamente, sino con una sensación de placer y de intencionalidad profunda (Lowen, 1975, pág. 69).

— *Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico*

Un aspecto común a la mayor parte de los modelos humanístico-existenciales es la oposición a la clasificación diagnóstica de los sujetos. Los argumentos ofrecidos para ello varían en énfasis, pero todos coinciden en concebir la clasificación diagnóstica como algo contrario a la autonomía, la autenticidad y la integridad de la persona. La posición de la psicoterapia existencial, por ejemplo, queda bien reflejada en la siguiente declaración de M. Boss (1963): «Ningún síntoma psicopatológico se llegará a entender de modo total y adecuado, a no ser que se conciba como un desequilibrio en la textura de las relaciones sociales en las cuales hay fundamentalmente una existencia humana dada; de aquí que todos los diagnósticos psiquiátricos sean sólo y básicamente declaraciones sociológicas» (pág. 56).

En la misma línea, Rogers defendió la irrelevancia de las distinciones diagnósticas para la psicoterapia dado que «el cliente es el único que tiene la potencialidad de conocer a fondo la dinámica de sus percepciones y su conducta» (Rogers, 1951). Sin embargo, todos los modelos coinciden en distinguir entre neurosis y psicosis y, aunque tanto el análisis existencial como la terapia centrada en el cliente se han utilizado para el tratamiento de las psicosis, se reconoce que su eficacia terapéutica se ha demostrado con claridad tan sólo en el campo de las neurosis.

En cuanto a los criterios de éxito terapéutico, éstos se han definido en torno a conceptos básicos, tales como autenticidad, autoactualización, crecimiento, etc. Todos estos conceptos comparten un nivel de abstracción desde el cual resulta fácil definir sus opuestos, pero resulta difícil definirlos en términos operativos. En la escuela de Rogers se diseñaron medidas para estudiar el nivel de congruencia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal. Sin embargo, esta línea de investigación no ha dado los frutos esperados. Rogers concibió el ajuste psicológico en términos similares a la clásica máxima de «ser ese sí mismo que uno verdaderamente es» (Rogers, 1959). Con la evolución de su pensamiento, llegó a definir a la «persona en funcionamiento completo» como una persona en la que se da una apertura total a la experiencia:

> la vida debe vivirse con un máximo de adaptabilidad, un descubrimiento de la estructura de la experiencia, una organización fluida y cambiante del sí mismo y la personalidad. El individuo que siga este consejo vivirá plenamente en el momento y será de un momento a otro una persona en funcionamiento completo (Rogers, 1961).

3.2.4. Desarrrollos actuales

De todos los modelos humanístico-existenciales considerados aquí, el enfoque de Rogers ha sido el que más influencia ha tenido y el que más literatura clínica y de investigación ha generado. Rogers se retiró a la costa californiana donde reformuló su posición y la extendió a otros ámbitos, como los grupos de encuentro y las relaciones entre naciones. Esta última formulación se llamó «enfoque centrado en la persona» (Rogers, 1980) y en ella se describe la relación terapéutica como un encuentro entre dos personas, restando importancia a las técnicas terapéuticas (Raskin, 1985). Sin embargo, hoy por hoy, sólo «un porcentaje muy pequeño de psicólogos y otros profesionales de la salud se identificarían a sí mismos como profesionales de la terapia centrada en el cliente» (Raskin, 1985, pág. 203). No obstante, este enfoque sigue teniendo peso, aunque el nombre de «centrado en el cliente» aparece ahora acompañado del (y parece dejar paso al) término «experiencial». Una de las expresiones más

representativas y recientes de este enfoque es el volumen editado por Lietaer *et al.* (1990), que lleva por título *Psicoterapia centrada en el cliente y experiencial en los noventa*. Tanto como en el campo terapéutico, este enfoque ha tenido una gran influencia en el campo pedagógico. Todo ello nos indica que se trata de un modelo que sigue gozando de buena salud.

La terapia guestáltica ha influido poderosamente en la generación de una nueva técnica, la programación neurolingüística. Propuesto por Bandler y Grinder (1975), este enfoque parte del análisis comunicacional (verbal y no verbal) prágmático de la conducta de tres terapeutas famosos considerados muy efectivos (F. Perls, M. Erickson y V. Satir). Pero la herencia más destacable de la terapia guestáltica, además de su propio desarrollo como escuela, es el enfoque llamado «psicoterapia expresiva focalizada», que se presenta en forma de manual en Daldrup, Beutler, Engle y Greenberg (1988). Se trata de una sistematización de la terapia guestáltica basada en muchos de los conocimientos actuales de la psicología cognitiva, y de las investigaciones sobre la emoción, así como de las investigaciones sobre el proceso terapéutico. Sus creadores son clínicos eminentes que además gozan de reconocido prestigio académico por sus investigaciones. En definitiva, este enfoque se caracteriza por su rigurosidad y sistematización al elaborar la terapia guestáltica de una forma actualizada. Su presentación en forma de manual ha permitido ya la investigación controlada de este enfoque en comparación con otros.

Después de la muerte de Berne, en 1970, el análisis transaccional ha proliferado en varios países mediante sus asociaciones (la primera ya la fundó Berne) nacionales e internacionales, y el *Transactional Analysis Journal*, como órgano de difusión. Este enfoque no se ha desarrollado únicamente en el campo terapéutico sino también en el educativo y en el empresarial, e incluso se ha utilizado en el entrenamiento de personal en la NASA.

En definitiva, los enfoques que englobamos como modelos humanísticos y existenciales siguen en el panorama psicoterapéutico con una presencia notable. En la recopilación de enfoques terapéuticos de Zeig y Munion (1990) estos enfoques poseen un papel relevante. Parece que su denominación como enfoques experienciales va siendo cada día más extendida, lo que responde a su vigor renovado y su énfasis en la experiencia inmediata y las emociones.

3.2.5. *Formación del terapeuta*

Como se puede deducir a partir de la diversidad de modelos que se encuadran dentro del marco humanístico-existencial, los puntos de vista sobre la formación del terapeuta varían ampliamente. Desde el punto de vista institucional, la formación en psicología humanista ha sido incorporada al ámbito universitario tanto en los EE.UU. como en Europa (véase Gimeno, 1986). No es sorprendente que las instituciones universitarias que se han hecho cargo de estos estudios estén a su vez comprometidas con corrientes religiosas de diversa índole dada la fácil asimilación que las ideas de la psicología humanista poseen para los planteamientos religiosos. Estos programas de formación suelen durar un mínimo de dos años y en ellos el estudiante compagina los estudios teóricos con la formación en técnicas específicas que incluyen un trabajo personal sobre sí mismo y su propia «fenomenología».

3.2.6. *Investigación terapéutica*

Es una creencia fuertemente arraigada la de que la psicología humanista no ha producido investigación, ni terapéutica ni teórica. Como todos los mitos, tiene su parte de verdad, y de hecho ése es el principal impedimento para considerarla como parte integrante de la psicología académica. Quizás el principal motivo de esta ausencia de investigación se halle en el rechazo de la artificialidad de la investigación controlada, y a un nivel más filosófico, su opción por la riqueza de la subjetividad. A nuestro juicio, este rechazo responde a un planteamiento maniqueo que fue advertido pronto por algunos (concretamente, Kelly se desvinculó del movimiento humanista inmediatamente después de participar en su formación). Pero a pesar de esta poca predisposición, ha habido algunos intentos nada despreciables de investigación, de los que intentaremos hacernos eco.

La investigación de resultados es escasa, por lo que se encuentra poco representada en los estudios meta-analíticos. Excepto en casos aislados, no ha sido sino hasta la década de los ochenta que han aparecido estudios comparativos, en parte gracias al esfuerzo de manualización (Daldrup *et al.*, 1988).

La mayor parte de los estudios existentes son estudios de proce-

sos, que por otra parte han estado recogidos en otros apartados de este libro, por considerarse ya contribuciones de valor para la psicoterapia en general, y no sólo dominio de una escuela o modelo específico. Quizá la línea clásica más destacada es la iniciada por Rogers (1957) con su hipótesis sobre las actitudes del terapeuta favorecedoras del proceso terapéutico, sujeta a varias modificaciones según los resultados de las investigaciones. También tienen ya cierta tradición los estudios de Bugental (véase 1987, para un resumen) que comienzan en 1952 con su tesis doctoral sobre la evolución del autoconcepto a través del proceso terapéutico.

Otra línea interesante de investigación de procesos es la de L. Greenberg y colaboradores recogida en el volumen de Greenberg y Safran (1987), que investigan el papel de las emociones en el proceso terapéutico, así como los efectos específicos de algunas técnicas guestálticas (p.ej., Greenberg y Clarke, 1979). De hecho, la obra más destacada de la investigación de corte humanista sobre los procesos en psicoterapia es la compilación realizada por la neorrogeriana Laura Rice y el propio Greenberg (Rice y Greenberg, 1984).

3.2.7. *Valoración crítica*

Al realizar esta crítica podemos adoptar dos puntos de vista. O bien podemos valorar la psicología humanista desde la óptica académico-científica, o bien podemos juzgarla desde lo que pretendió ser: una reivindicación. Desde la óptica científica la crítica es clara y contundente dada la ausencia de esfuerzos suficientes de validación o de operacionalización que posibiliten la contrastación empírica. Si nos ceñimos al segundo planteamiento, vemos que para poder juzgar tenemos que ver en qué medida la psicología académica ha progresado en su análisis científico de la vivencia subjetiva, y valorar, como hace Caparrós (1983), el fenómeno humanista como una «protesta», fruto, sin duda, del signo de los tiempos (década de los sesenta).

Aparte de estos planteamientos genéricos queremos matizar más. Observamos cómo uno de los problemas principales de la psicología humanista es su amplia diversidad sin un núcleo suficientemente aglutinador. Ya se habrá observado este problema en el intento sistematizador que hemos emprendido, al esforzarnos por

encontrar una cierta unidad en un reino de voces y planteamientos diversos. ¿Cómo definir un enfoque como humanista? ¿Puede cualquier «nueva terapia» considerarse humanista sólo porque así lo desea su creador?

La tendencia presente es todavía hacia una mayor diversificación progresiva, de modo que nos encontramos, fundamentalmente, ante un ingente corpus programático sin un referente teórico bien definido (Villegas, 1986a), por lo que ya no se habla en singular de psicología humanista, sino, en plural, de psicologías humanistas. Ya en 1967 Bugental observaba que la psicología humanista se encontraba en la situación paradójica de poseer un enorme caudal tecnológico, por una parte, pero de presentar, por otra, serios problemas metodológicos.

No es, ciertamente, esta proliferación de técnicas la que auspiciaba Kelly (1969) para la psicología humanista cuando decía que lo que ella necesitaba era rigor metodológico y tecnológico a través del cual expresar sus intuiciones humanas. La humanidad, comentaba Kelly, necesita concretarse, no sólo ser descrita o elogiada. El genuino respeto por la dignidad humana exige el desarrollo de instrumentos de acción, no sólo «proclamas encendidas de su elevada naturaleza o estatuas ecuestres, erigidas en su honor» (Kelly, 1969).

A pesar de esta auténtica inflación tecnológica, en la que resulta difícil con frecuencia distinguir el grano de la paja, justo es reconocer que algunas técnicas específicas de la psicología humanista han conseguido un alto índice de aceptación profesional, lo que se refleja en su inclusión en obras tan consultadas como la recopilación de Corsini (1984), y Linn y Garske (1985), por poner sólo unos ejemplos. Por otro lado, han aportado una riqueza tecnológica de formas y procedimientos de intervención que, una vez sistematizados adecuadamente (p.ej., Greenberg y Clarke, 1979), pueden ofrecer instrumentos muy útiles a considerar en proyectos psicoterapéuticos más amplios.

3.3. Modelos conductuales

La terapia o modificación de conducta[38] hizo su aparición en la escena de los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta

38. Aunque el término terapia de conducta o de comportamiento se utilice a

como una alternativa radical a los modelos existentes en la época, especialmente al modelo psicodinámico.[39] La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. Así pues, en lugar de investigar sobre posibles conflictos subyacentes, los terapeutas de conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma. Para ello, desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Además, los terapeutas de conducta conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica.

Estos principios han convertido a la modificación de conducta en una orientación «revolucionaria» en la conceptualización de los problemas psicológicos y su tratamiento, que ha contribuido decisivamente a la génesis de una psicoterapia científica. Sin embargo, la ausencia de una teoría unificada del aprendizaje, las continuas controversias acerca del papel de las variables cognitivas, y el pragmatismo clínico, han hecho de la terapia de conducta un ámbito difícil de definir conceptualmente en la actualidad (Rimm y Cunningham, 1985). No obstante, aunque algunos autores consideren que más que un modelo terapéutico, se trata de un conjunto de técnicas eficaces (Lazarus, 1977), el énfasis en la metodología científica y la validación empírica de los tratamientos son los rasgos distintivos de los terapeutas de conducta (Kazdin, 1978). En este apartado nos

---

menudo de forma intercambiable con el de modificación de conducta, Tous (1989b) ha señalado que el primero se asocia más con la tradición eysenckiana británica, cuya metodología corresponde al deductivismo racionalista. La modificación de conducta, en cambio, se refiere principalmente al paradigma operante, que es un fenómeno más típicamente norteamericano, ligado al inductivismo empirista. Mientras que para la terapia de conducta el método experimental es esencial, la modificación de conducta recurre al análisis estadístico ateórico.

39. En este contexto, durante los años sesenta, se introdujo la distinción entre terapia de conducta y psicoterapia, con la que se quería contraponer una terapia científica a una terapia no científica, ejemplificada por el psicoanálisis. En la actualidad parece claro que tal distinción no hace más que confundir a un miembro de una clase (terapia de conducta) con su clase (psicoterapia o tratamientos psicológicos).

ocuparemos de los modelos clásicamente conductuales, mientras que en el apartado siguiente nos ocuparemos de los modelos cognitivos dada la autonomía que estos últimos han adquirido en la actualidad.

3.3.1. Desarrollo histórico

Aunque la eficacia del castigo y del refuerzo para modificar la conducta ha sido conocida desde hace mucho tiempo,[40] la terapia de conducta no se convirtió en una alternativa tecnológica sólida durante los años sesenta partiendo de la nada. Los esfuerzos por aplicar los principios del aprendizaje a los problemas clínicos contaban ya con cierta tradición, y su origen se remonta a principios de este siglo, concretamente a la escuela de fisiología rusa creada por I.M. Schenov (1829-1905). Este autor consideraba que toda conducta podía explicarse apelando a los reflejos, sin hacer referencia alguna a la conciencia u otros procesos mentales, y estableció el marco para la aplicación de los métodos de la fisiología al estudio de los problemas psicológicos. Sus discípulos más destacados fueron I.P. Pavlov (1848-1936) y W.M. Bechterev (1857-1927).

De entre las numerosas contribuciones de Pavlov a la psicología (véase Razran, 1965), para la psicoterapia destacan fundamentalmente dos: en primer lugar, el estudio experimental de los procesos de condicionamiento, esto es, la demostración de cómo estímulos anteriormente neutros podían adquirir la capacidad de elicitar una respuesta —principios sobre los que se sustentan las terapias de recondicionamiento, que veremos más adelante—. En segundo lugar, Pavlov inició el estudio de las «neurosis experimentales»[41] en animales, que fue un paso necesario para depurar métodos y principios terapéuticos durante este primer período.

40. Se han descrito varias aplicaciones tempranas de técnicas de modificación de conducta. Por ejemplo, Plinio el Viejo hizo uso de un procedimiento que hoy llamaríamos condicionamiento aversivo. Pérez (1991) ha realizado una revisión bastante exhaustiva de los antecedentes de estas técnicas.

41. Pavlov diseñó una serie de experimentos con animales en los que se utilizaba como estímulo condicionado (EC) un círculo y una elipse. El primer estímulo iba seguido de comida (estímulo incondicionado, EI), mientras el segundo no. Los animales aprendieron, después de varios ensayos, a distinguir entre el círculo y la

Sin embargo, fue Bechterev más que Pavlov quien desarrolló la idea de que el condicionamiento podía explicar gran variedad de conductas humanas. Su planteamiento influyó decisivamente sobre Watson (Kazdin, 1978; Pelechano, 1979).

J.B. Watson (1878-1958) fue el autor del manifiesto conductista con el que se cristalizó un movimiento que fomentaba la introducción de métodos objetivos de investigación psicológica. Con las tesis de Watson triunfó la idea de que la conducta podía investigarse estudiando los reflejos simples y sus combinaciones. En la historia de los tratamientos psicológicos, Watson ocupa tambien un lugar destacado por su aplicación de los principios del condicionamiento en la reducción de los miedos.[42] Sus planteamientos fueron seguidos por su discípula, M.C. Jones, que llegó a recopilar hasta siete métodos para eliminar los miedos infantiles (deshabituación, engatusamiento

---

elipse. Pero entonces se empezó a variar la relación entre los polos de la elipse (que empezaba siendo de uno a dos). Cuando la elipse adquirió la proporción de ocho a nueve, las distinciones que el animal había aprendido desaparecieron y aparecieron reacciones nuevas, que presentaban semejanzas con los síntomas neuróticos. Pavlov las clasificó en dos formas: reacciones de exitación, en las que el animal mostraba gran agitación (se movía constantemente, ladraba, gruñía, etc.) y reacciones de inhibición, en las que el animal mostraba apatía (se mantenía inmóvil con las orejas y la cola caídas). Pavlov explicaba el predominio de uno u otro tipo de reacción a partir de la relación entre el proceso excitatorio y el inhibitorio que gobernaban la actividad de la corteza cerebral. Pavlov tambien sostenía que aquellos que se convertían en neuróticos poseían una debilidad constitucional en su sistema nervioso. Sin embargo, debido a esta concepción, las posibilidades terapéuticas de sus principios quedaban muy limitadas.

42. Watson y Rainer (1920) publicaron datos relativos a la producción de una fobia en el laboratorio. El sujeto fue un niño de once meses, llamado Albert, que nunca antes había manifestado miedo a las ratas blancas, pero que manifestaba miedo ante el golpe de un martillo sobre una plancha de metal. El estímulo condicionado fue una rata, que se presentó seguida del golpe del martillo sobre el metal (EI). Sólo dos ensayos bastaron para producir en el niño una intensa reacción de miedo ante la rata y también ante todo objeto peludo como una liebre, un perro, un abrigo de piel, etc. En resumen, Albert no sólo adquirió una nueva conducta, mostrar miedo ante las ratas, sino que la generalizó a los objetos con pelo. Watson denominó «transferencia» a este fenómeno de generalización, por analogía con el concepto psicoanalítico. En este experimento el propósito de Watson era mostrar cómo el miedo podía ser adquirido por procesos de condicionamiento, pero sobre todo quería mostrar que, debido a ello, podía ser «descondicionado». Pero los padres de Albert se llevaron al niño antes de que su miedo pudiera ser «descondicionado». A pesar de todos sus aspectos críticos, este caso ejerció un impacto notable (Kazdin, 1978).

verbal, adaptación negativa, represión, distracción, condicionamiento directo, imitación social). Los trabajos de Jones, además, mostraban que los miedos podían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta, en lugar de al nivel de los procesos subyacentes que los psicoanalistas suponían como causas.

Para concluir con estos primeros pasos de la terapia de conducta, en la tabla 12 se recogen los primeros trabajos de la terapia de conducta aplicada a problemas de relevancia social e interés clínico. El resumen ofrecido en esta tabla da idea de los tipos de trastornos abordados así como del volumen de trabajo, en esta fase en la que se enfatiza el estudio de la conducta observable y se introduce una metodología objetiva de análisis.

Tabla 12. *Primeros estudios sobre modificación de conducta* (adaptado de Mayor y Labrador, 1984)

Año	*Autores*	*Tipo de Trastorno*
1904	Pflanndher	Enuresis
1912	Bechterev	Histeria
1920	Watson y Rainer	Miedos infantiles
1923	Bechterev	Desviaciones sexuales
1924	Jones	Miedos infantiles
1925	Krasnogorski	Reacciones neuróticas
1927	Kostyleff	Desviaciones sexuales
1928	Ivanov-Smolenski	Depresión
1929	Kantarovich	Alcoholismo
1929	Englisy	Miedos infantiles
1929	Myasishchev	Histeria
1930	Tinel	Histeria
1930	Morhardt	Alergia
1931	Marinesco *et al.*	Histeria
1931	Rubinstein	Adicción a la morfina
1931	Jones	Miedos infantiles
1932	Dunlap	Tics, tartamudeo, desviaciones sexuales
1933	Cohen *et al.*	Histeria
1933	Sears y Cohen	Histeria
1934	Bregman	Miedos infantiles
1934	Harris	Ansiedad
1934	Ichok	Alcoholismo
1934	Levin	Narcolepsia

1934	Ronquier y Michel	Anorexia
1935	Marinesco y Kreindler	Histeria
1935	Max	Conducta homosexuales
1935	Meigmant	Desviaciones sexuales
1936	Holmes	Miedos infantiles
1937	Marinesco	Histeria
1938	Mowrer y Mowrer	Enuresis
1939	Morgan y Witmer	Enuresis
1940	Voegilin *et al.*	Alcoholismo

Conviene destacar que a principios de siglo se desarrollan los estudios de Thorndike sobre el condicionamiento instrumental, en el que el aprendizaje se entendía como un proceso que obedece a diversas leyes de asociación estímulo-respuesta, siendo la más importante la *ley del efecto*. En síntesis, esta ley afirma que la conducta está controlada por sus consecuencias. Estos trabajos sirvieron de fuente de inspiración a Skinner para establecer su programa de investigación sobre el condicionamiento operante. También por esta época merece mencionarse la aportación de Jacobson (1929) y su método de relajación progresiva debido al gran uso que de este procedimiento se ha hecho dentro de la terapia conductual.

A partir de los años treinta, la terapia de conducta entró en una fase de búsqueda de una mayor fundamentación teórica. El interés de los investigadores se centró en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. Y hacia finales de los años cincuenta la terapia de conducta aparece ya configurada como una alternativa fundamentada en los principios de la psicología científica. Por esta razón, Pelechano (1979) ha denominado a esta fase «período de latencia o incubación» y se extiende desde 1938, publicación de la tesis doctoral de Skinner, a 1958, publicación de *Psicoterapia por inhibición recíproca*, de Wolpe. En cierto modo, esta fase puede describirse también como la «la búsqueda de una ecuación conductual».[43]

43. Con la revolución conductista triunfó la ideología positivista en psicología, que se sustentaba sobre el modelo de ciencia ofrecido por la física tradicional. En este campo, el número de variables significativamente relacionadas entre sí es lo suficientemente pequeño como para poder ser puesto en una fórmula, como, por ejemplo, la ecuación de Newton, $F = ma$. Pero ni siquiera el modelo más simple de conducta se aproxima al nivel de simplicidad alcanzado por la física clásica (Weimer, 1984).

En esta búsqueda de los parámetros esenciales de la «ecuación conductual» destacan las aportaciones de C.L. Hull (1884-1952), E.R. Guthrie (1886-1959), E.C. Tolman (1896-1961) y B.F. Skinner (1902-1991). Las investigaciones de Hull influyeron decisivamente sobre Wolpe en la génesis de la «psicoterapia por inhibición recíproca», que fue una pieza clave en la constitución de la terapia de conducta. Las aportaciones de Tolman, por otro lado, abrieron la puerta a las orientaciones cognitivas en terapia de conducta (Mayor y Labrador, 1984). Y el trabajo de Guthrie, que destacaba la importancia de la contigüidad, es decir, del emparejamiento de estímulos con conductas específicas en el aprendizaje, está presente en muchas técnicas de la terapia de conducta (Kazdin, 1978).

Skinner merece una mención especial en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. Apoyándose en el trabajo de Thorndike, Skinner adoptó un nuevo punto de partida para la explicación del aprendizaje, hecho que le permitió establecer un nuevo paradigma: el condicionamiento operante.[44] Desde este punto de vista, el parámetro esencial que gobierna la conducta reside en las consecuencias que se siguen de ésta: dicho técnicamente, reside en los estímulos reforzantes (o refuerzos) que se definen como aquellos hechos ambientales que acompañan o se dan con las respuestas y que cambian la probabilidad de que éstas aparezcan en el futuro.

Además de la investigación experimental, Skinner indicó la relevancia clínica y social de la conducta operante. Entre los primeros frutos tecnológicos de su modelo de aprendizaje, destaca la técnica de manejo de contingencias que inicialmente fue aplicada en un ambiente hospitalario con pacientes psicóticos (Skinner, Solomon y Lindsey, 1953) y más tarde sistematizada por Ayllon y Azrin (1964). Skinner tambien contribuyó a crear el análisis funcional de

44. Skinner partió de la distinción entre conducta respondiente, la que se desencadena ante un estímulo observable, y conducta operante, que se emite espontáneamente, y concentró sus esfuerzos en el estudio de esta última, que definió del siguiente modo:

> Una operante es una parte identificable de la conducta de la que puede decirse, no que sea imposible hallar un estímulo que la provoque (...) sino que en las ocasiones en que se observa su ocurrencia, no puede detectarse ningún estímulo correlacionado. Se estudia como un acontecimiento que aparece espontáneamente con una frecuencia dada (Skinner, 1938; citado en Pelechano, 1980, págs. 225-226).

la conducta, sistematizado por Kanfer y Saslow (1965) como una alternativa a la taxonomía psiquiátrica tradicional. Pero quizá la contribución esencial de Skinner reside en que alentó un ambientalismo radical que, en la práctica, potenció el diseño de ambientes terapéuticos —aspecto que había sido sugerido en su popular novela *Walden Dos*—. Como aplicación más específica característica de este período, cabe mencionar los trabajos de Bijou (1957, 1958), sobre el condicionamiento operante en la infancia, que abrieron la puerta a la aplicación de las técnicas de la modificación de conducta a los deficientes mentales.

Así, durante la década de los años cincuenta empieza a utilizarse el término «terapia de conducta» por parte de tres grupos de investigadores diferentes. En 1953 aparece el término en el mencionado trabajo de Skinner, Solomon y Lindsey, en el que aplicaron el condicionamiento operante en enfermos psicóticos. De un modo independiente, en Sudáfrica Lazarus acuñó el término «terapia de conducta» para referirse a la utilización de procedimientos de laboratorio en la psicoterapia tradicional. Y Eysenck, en 1959, utilizó el término para referirse a la terapia basada en las teorías del aprendizaje, incluyendo el condicionamiento clásico tanto como el condicionamiento operante (Franks, 1991).

Durante los años sesenta y setenta, la terapia de conducta se consolidó como enfoque terapéutico. Para ello, los trabajos desarrollados por Wolpe, Eysenck y los ya mencionados del propio Skinner, fueron clave. Wolpe publicó *Psicoterapia por inhibición recíproca* (1958), que supuso un hito fundamental en la modificación de conducta. Inspirándose en la obra de Hull, *Principios de la conducta* (1943), Wolpe exploró la idea de que si la ansiedad condicionada podía inhibir la respuesta de comer en los gatos, a los que utilizaba en su investigación sobre neurosis experimentales, entonces la respuesta de comer podría servir para inhibir la ansiedad. Wolpe comprobó esta hipótesis utilizando una graduación de la situación estimular para cambiar la ansiedad condicionada. A partir del éxito alcanzado con animales, Wolpe buscó respuestas humanas que pudieran utilizarse para recondicionar la ansiedad. De este modo, la relajación profunda, que podía obtenerse por medio del método de la relajación progresiva de Jacobson (1929), se convirtió en la base de la desensibilización sistemática. Utilizando la misma lógica, el uso de respuestas asertivas para inhibir la ansiedad se convirtió en las

bases del entrenamiento asertivo. Y la activación sexual para inhibir la ansiedad se convirtió en el punto clave de nuevos enfoques en terapia sexual.

Desde Inglaterra, Hans Eysenck desempeñó un papel fundamental en la consolidación del movimiento de terapia de conducta. Sostuvo que el psicólogo profesional debía ser un investigador que aplicara en su práctica clínica los resultados de la investigación básica, como proponía el modelo instaurado en Boulder (EE.UU.). Compartiendo este propósito, Shapiro inició sus trabajos sobre «estudios experimentales de caso único», en los que se especificaban hipótesis clínicas sobre un N=1, que se ponían a prueba por medio del diseño del tratamiento. Este enfoque influyó a su vez en el desarrollo de la evaluación conductual al proponer el uso de medidas conductuales específicas para cada cliente, en lugar de baterías de tests estandarizados. Eysenck, arropado por un grupo de prestigiosos clínicos, como Gelder, Jones, Marks, Rachman y Yates, entre otros, fundó la revista *Behavior Research and Practice*, que facilitó la consolidación de la terapia de conducta en ese país.

Durante la década de los años sesenta se publicaron varios manuales en los que se presentaban fundamentos científicos de los procedimientos terapéuticos; algunos de ellos aspiraban también a unificar el campo de las terapias basadas en las teorías del aprendizaje (véase Mayor y Labrador, 1984). Merece una referencia especial la obra de Bandura y Walters *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (1963), porque en ella se habla de otro tipo de aprendizaje: el aprendizaje observacional, a través del cual, poco a poco, se irá introduciendo la complejidad del mundo social en el que el aprendizaje ocurre en realidad (en contraposición a la supersimplificación que supone la caja de Skinner como modelo de ese mundo) y, en consonancia con ello, se irá reconociendo el papel de los procesos cognitivos.

Durante las dos últimas décadas la terapia de conducta se ha desarrollado en diversos frentes. Han proliferado las técnicas de tratamiento así como el tipo de desórdenes que pueden abordarse con planteamientos conductuales. Los terapeutas de conducta también han desarrollado nuevas áreas de trabajo, como la medicina conductual. A la vez, la fragmentación teórica y la «cognitivización» de la psicología han producido una creciente reserva respecto al poder explicativo de las teorías del aprendizaje. Pero sobre estos desarrollos actuales volveremos más adelante.

3.3.2. Conceptos básicos

Como hemos indicado, no existe una única teoría del aprendizaje que sirva de marco conceptual a la terapia de conducta, sino que coexisten distintas teorías que sirven de fundamento a distintas técnicas. Pasando por alto los detalles de las diversas orientaciones, en este apartado centraremos nuestra atención, en primer lugar, en los aspectos más característicos de la modificación de conducta. En segundo lugar, revisaremos los conceptos básicos de los distintos paradigmas del aprendizaje.

En su estudio clásico sobre la historia de la modificación de conducta, Kazdin (1978) da la siguiente definición de esta orientación:

> La modificación de conducta podría definirse como la aplicación de la teoría y de la investigación básica procedentes de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social, y de mejorar el funcionamiento humano en general (pág. 9).

Aunque esta definición capta los rasgos esenciales, resulta demasiado general. A continuación exponemos las principales características de los modelos conductuales, siguiendo el resumen presentado por Berstein y Nietzel (1980):

— Se considera que tanto la conducta normal como la anormal son, principalmente, producto del aprendizaje.
— Se concede menor importancia a los factores innatos o heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales.
— Se sitúa el objeto de estudio (o cambio) en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico.
— Se concede especial relevancia al método experimental, como instrumento imprescindiblle en la descripción, predicción y control de la conducta.
— Se considera necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento.
— No se admite la existencia de enfermedades mentales como

entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional; la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios del aprendizaje.
— La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.
— Se considera que el rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional.

El alcance de estos principios se puede apreciar mejor si se tienen presentes los derivados de los modelos psicodinámicos o humanístico-existenciales. Sin entrar en una comparación detallada, nos parece importante resaltar el énfasis en el carácter concreto, operativo y minuciosamente estructurado, de los tratamientos conductuales.

Como indicábamos antes, los modelos conductuales, al centrar la evaluación y la intervención en la conducta inadaptada en sí misma, han contribuido decisivamente a replantear el modelo tradicional de enfermedad mental. Porque si se contempla al individuo desde la óptica ofrecida por el condicionamiento clásico y operante, la conducta humana aparece como una máquina de precisión que paso a paso está regulada por las contingencias ambientales que la acompañan, y la apelación a factores intrapsíquicos resulta innecesaria. Los terapeutas de conducta, en definitiva, han presentado alternativas rigurosas para el estudio de la conducta anormal. Estas alternativas han girado principalmente en torno a tres paradigmas del aprendizaje: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelado.

— *El condicionamiento clásico*

Este paradigma ha sido utilizado para explicar cómo estímulos neutros (o nuevos) llegan a provocar respuestas innatas como consecuencia del emparejamiento con otros estímulos. Concretamente, este paradigma establece que cuando un estímulo incondicionado (EI, por ejemplo, un soplo de aire) que da origen a una respuesta incondicionada (RI, parpadeo) se presenta después de un estímulo condicionado (EC, p. ej., un sonido), éste adquiere la propiedad de provocar por sí mismo una respuesta condicionada que es similar a la respuesta incondicionada (parpadeo). De este modo, se puede ad-

puede adquirir una gran cantidad de conductas, como la fobia de Albert a los objetos con pelo, en el estudio de Watson y Rainer (1920) que mencionamos en el apartado anterior.

A partir del condicionamiento clásico, la ansiedad ha sido considerada la clave de los trastornos neuróticos. Un estímulo neutro (p. ej., un perro) puede emparejarse con un estímulo amenazante provocador de ansiedad (p. ej., ser mordido). La respuesta de ansiedad supone la activación de un patrón de cambios fisiológicos, en el nivel del sistema nervioso simpático, tales como aumento de la presión sanguínea y del pulso cardíaco, incremento de la tensión muscular, disminución del riego sanguíneo en el estómago y los genitales, sequedad de la boca, etc. Estos cambios pueden ser provocados por estímulos incondicionados, tales como un golpe físico o un shock, pero también pueden adquirirse por medio del condicionamiento clásico. Así pues, la ansiedad ha sido concebida como una respuesta condicionada que estaría en el origen de las conductas fóbicas así como en otros tipos de trastornos.

Por lo general, cuando una respuesta condicionada se presenta repetidamente sin la aparición de un estímulo incondicionado, el vínculo asociativo se debilita y tiende a desaparecer, proceso que se denomina extinción. Sin embargo, se ha observado que en algunos casos la extinción no se produce, como sucede en las «paradojas neuróticas». Se han dado dos tipos de explicaciones de este fenómeno: la teoría bifactorial del aprendizaje, propuesta por Mowrer (1946), y la teoría de la incubación, popuesta por Eysenck (1982). Para explicar la conducta fóbica, por ejemplo, la teoría de Mowrer sostiene que la ansiedad se adquiere mediante procesos de condicionamiento clásico (primer factor), pero se mantiene por medio de procesos de condicionamiento operante (segundo factor) dado que la ansiedad activaría respuestas de evitación que resultarían reforzantes por producir alivio de la ansiedad, e impedirían que el proceso de extinción se llevara a cabo. Por el contrario, Eysenck entiende que el proceso de extinción puede no ocurrir cuando el estímulo condicionado es fuerte o se presenta repetidamente durante largos períodos de tiempo, y puede adquirir las propiedades del estímulo incondicionado, de modo que su simple presentación no sólo no provocaría la extinción sino que fortalecería la respuesta condicionada (Rimm y Cunningham, 1985). Como veremos más adelante, estas discrepancias se reflejan tambien en la diversidad de procedimientos técnicos para abordar las conductas fóbicas.

— *El condicionamiento operante*

Este paradigma se ocupa de conductas que el organismo emite libremente y que operan sobre el medio y están controladas por sus consecuencias ambientales. En concreto, este paradigma establece que si un tipo de respuesta (p. ej., apretar una palanca) se refuerza (p. ej., bola de comida) en presencia de un estímulo discriminativo (p. ej., luz roja), en el futuro este tipo de respuesta tendrá más probabilidad de ocurrir en presencia de ese estímulo. Entre la respuesta operante y el refuerzo se establece una relación de contingencia y si la respuesta se refuerza repetidamente tenderá a consolidarse, mientras que si no se refuerza tenderá a extinguirse. Aunque las respuestas también pueden ir seguidas de consecuencias aversivas, los modificadores de conducta han insistido en que los procedimientos operantes funcionan mejor cuando se utiliza el refuerzo positivo. Los refuerzos tienen mayor efecto sobre la adquisición y fortalecimiento de la respuesta cuando se dan de modo contingente y coherente y con la menor demora posible. Sin embargo, también pueden administrarse en función del tiempo transcurrido (programas de intervalo). A la hora de diseñar un programa de reforzamiento es necesario identificar los refuerzos observando sus efectos funcionales en la conducta teniendo presente que lo que puede ser reforzante para una persona puede no serlo para otra. Aunque se da por supuesto que el refuerzo social (halagos, elogios, dinero, etc.) tiene un valor universal, al igual que los reforzadores primarios o biológicamente dados (p. ej., comida), la identificación de los reforzadores más eficaces requiere una observación sistemática de la conducta. El paradigma del condicionamiento operante ha inspirado multitud de procedimientos técnicos que detallaremos en el próximo apartado.

— *El modelado o aprendizaje observacional*

En este paradigma se establece que un observador puede aprender una conducta compleja observando la ejecución que realiza un modelo. Para explicar este tipo de aprendizaje es necesario recurrir a mecanismos complejos de procesamiento de información que suponen una discontinuidad respecto a los mecanismos implicados en los paradigmas anteriores, fundamentados principalmente en la investigación experimental con animales. Esta cuestión históricamente suscitó importantes controversias (p. ej., Bandura, 1969; Kanfer y Phi-

lips, 1970) y, de hecho, abrió la puerta a la modificación cognitiva de la conducta, que abordaremos en el próximo epígrafe. Aquí trataremos de los aspectos más clásicos de la investigación sobre el aprendizaje observacional, llevada a cabo principalmente por Bandura. En el aprendizaje observacional se suelen distinguir dos fases: la primera es una fase de adquisición de la respuesta, en la que el sujeto observa cómo el modelo realiza la conducta, y la segunda es una fase de ejecución, en la que el observador realiza la conducta a partir de su representación simbólica. Ambas fases requieren la movilización de complejos procesos cognitivos. Los efectos del modelado que más se han utilizado en la práctica clínica consisten en la adquisición y práctica de nuevas habilidades y en la inhibición o deshinibición de conductas que ya formaban parte del repertorio del observador.

En resumen, los conceptos básicos de la terapia de conducta son los que se desprenden de la aplicación de hallazgos de la psicología experimental, en particular de los paradigmas del condicionamiento clásico y operante, a la práctica clínica. Ello supone la adopción de rigurosos métodos de observación de secuencias de estímulos, respuestas y consecuencias, para determinar las estrategias de intervención más útiles al caso particular.

3.3.3. Método terapéutico

El objetivo de los tratamientos conductuales es la modificación de la conducta inadaptada. Para ello, antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una evaluación minuciosa de los parámetros y contingencias que controlan la conducta. En esta evaluación se definen las conductas en términos observables y se establecen sistemas de registro. Estos requisitos son imprescincibles para juzgar la eficacia del tratamiento. Por lo general, los tratamientos son breves y tienen un número limitado de sesiones. Se considera que la eficacia del tratamiento depende enteramente de las técnicas utilizadas, y no de la relación terapéutica.

— *La relación terapéutica*

A partir del modelo conductual, la relación terapéutica se concibe como un vehículo para la implantación de las técnicas conductua-

les. El papel del terapeuta consiste en instruir al cliente en la tecnología conductual apropiada para solucionar su problema. Al terapeuta se le considera un reforzador social y un modelo. Su valor está relacionado con atributos tales como prestigio social, experiencia, status, atractivo, etc... Así, lejos de otorgar a la relación terapéutica un valor intrínseco, como había hecho el psicoanálisis, los terapeutas de conducta conciben los procesos que ocurren en el contexto de la relación como procesos de aprendizaje, en los que el terapeuta refuerza ciertas conductas o modela las conductas objeto de tratamiento. Las estrategias de modelado, de hecho, forman parte de diversos tratamientos, tanto para facilitar la adquisición de nuevas conductas como para desinhibir la expresión de conductas ya existentes. Por ejemplo, en el entrenamiento asertivo es frecuente que el terapeuta modele para el cliente las conductas asertivas apropiadas.

El énfasis que los terapeutas de conducta han otorgado a las técnicas conductuales ha favorecido varias cosas. Por un lado, ha potenciado que los clientes adopten un papel activo en la terapia, tanto en la realización de registros como en el manejo de las técnicas. Por otro lado, ha favorecido la formación de para-profesionales (maestros, enfermeros...) para la implantación de algunas técnicas en ambientes educativos u hospitalarios. Y, por último, este énfasis en los aspectos técnicos ha hecho posible que la figura del terapeuta pueda ser sustituida en algunos casos, permitiendo una reducción de los costes del tratamiento (p.ej., para el entrenamiento en relajación se utiliza con frecuencia una cinta grabada). En este sentido, algunos autores llegaron a sostener que, para la implantación de algunas técnicas, la figura del ordenador podía sustituir la del terapeuta. No obstante, a pesar de que la dan por supuesta y escriben poco sobre ella, los terapeutas de conducta establecen en la práctica una relación terapéutica empática y colaboradora.

— Recursos técnicos: 1. Técnicas de recondicionamiento

Las técnicas de la terapia de conducta se suelen agrupar en torno a los paradigmas del aprendizaje de los que reciben su fundamento, aunque en la mayoría de los casos interviene más de un tipo de proceso. Así, atendiendo a su origen, podemos distinguir las técnicas de recondicionamiento, las técnicas operantes y las técnicas de modelado, aunque insistimos en que este criterio de clasificación es discutible en muchos casos.

Las técnicas de recondicionamiento se fundamentan en los principios del condicionamiento clásico, a partir del cual se concibe la ansiedad como una respuesta condicionada que se encuentra en el origen de muchos trastornos psicológicos. Por ejemplo, se puede aprender a evitar la consulta del dentista, los ascensores, las reuniones sociales, etc. cuando estas situaciones se han vinculado con la ansiedad. En consecuencia, para tratar este tipo de problemas es necesario romper la asociación entre los estímulos temidos y la ansiedad y sustituirla por respuestas más adecuadas. Para ello, se utilizan diversos recursos técnicos:

Técnicas de relajación. La relajación es un estado psicofisiológico caracterizado por un patrón mínimo de actividad somática y autónoma, un estado subjetivo de tranquilidad y sosiego y quietud motriz (Vera y Vila, 1991). Existen diversas técnicas de relajación, como el entrenamiento autógeno (Schultz, 1932) y la relajación progresiva (Jacobson, 1929). Este último es el procedimiento más utilizado en terapia de conducta, sobre todo a partir de las adaptaciones realizadas por Wolpe (1969) y Berstein y Borkovec (1973). En él se entrena al cliente para que aprenda a reducir el tono muscular, por medio de la tensión y la relajación de distintos grupos musculares. Las sesiones suelen durar unos veinte minutos y se requiere que el cliente practique en casa para consolidar el aprendizaje. La relajación posee múltiples efectos beneficiosos y puede utilizarse como un fin en sí misma. Sin embargo, en terapia de conducta suele formar parte de paquetes de tratamiento más amplios, como la desensibilización sistemática.

Desensibilización sistemática (DS). Este procedimiento, creado por Wolpe (1958), es uno de los procedimientos que más investigación ha recibido. La DS surgió a partir de la idea de que la relajación muscular podía inhibir la respuesta de ansiedad. Así, se procede a exponer al sujeto cuando se encuentra en un estado de relajación profunda, gradualmente y en la imaginación, a las situaciones temidas. El procedimiento de la desensibilización sistemática consta de cuatro pasos (Turner, 1991):

1. Entrenamiento en el empleo de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (EUSA), cuyo objetivo es que el cliente aprenda a referir con precisión la magnitud de su respuesta de ansiedad. Suele ser una escala de 0 a 100.
2. Un completo análisis conductual y el desarrollo de una jerar-

quía de miedos. Esta jerarquía consiste en una lista de estímulos evocadores de ansiedad relacionados en su contenido y ordenados de menor a mayor. Por lo general, la jerarquía se construye atendiendo a una dimensión estimular, como la temporal (p.ej., cuando las situaciones estimulares se acercan a la situación de una entrevista laboral que es la cúspide de la jerarquía) o la espacial (p.ej., cuando éstas se aproximan a un ascensor). Las jerarquías suelen tener entre 10 y 20 escenas, ordenadas de un modo equivalente en una escala de 10 puntos en cuanto a la ansiedad que provocan. Las escenas deben ser concretas, realistas y adecuadas al problema del cliente.

3. Entrenamiento en relajación. Por lo general, se utiliza el método de relajación progresiva, pero tambien pueden utilizarse otros.

4. Las sesiones de desensibilización sistemática, en las que en estado de relajación profunda se presentan, en la imaginación, las escenas de la jerarquía. Se comienza pidiéndole al cliente que imagine la primera escena de la jerarquía, la que suscita menos ansiedad. Si el cliente experimenta alguna ansiedad debe indicarlo por medio de una señal acordada con el terapeuta y se le pide que se detenga en la imaginación de tal escena y retorne a una escena relajante. Por el contrario, si no muestra ansiedad debe seguir imaginando la escena, tan vívidamente como sea posible, durante 10 segundos. Si sigue sin mostrar ansiedad, se repite la escena dos veces más y, a continuación, se procede de igual modo con la siguiente escena en la jerarquía. Se recomienda que una sesión de desensibilización termine con una escena que se haya imaginado con éxito y que en la sesión siguiente se comience con ella. Las sesiones suelen durar entre 15 y 30 minutos.

Cuando la desensibilización de una ansiedad específica ha concluido con éxito, se recomienda al cliente que compruebe su eficacia en situaciones *in vivo*, con la misma lógica de aproximaciones graduales y sucesivas que se ha seguido durante la desensibilización. El procedimiento de la DS se ha aplicado con éxito a numerosos tipos de problemas, tales como el miedo y la ansiedad ante situaciones sociales, enfermedades, muerte, animales y relaciones sexuales, pesadillas, anorexia nerviosa, obsesiones y compulsiones, depresiones, accesos epilépticos y tartamudez (Kazdin, 1978). Tambien se han desarrollado variaciones de la técnica original, como, por ejemplo, la ***desensibilización en vivo***, en la que se expone al cliente a los elementos

de la jerarquía en una situación real en vez de hacerlo en la imaginación. Wolpe (1969) informa de la *desensibilización automatizada* en la que el cliente escucha las escenas en una grabación previamente realizada por el terapeuta. Goldfried (1971) ha desarrollado otra variante, la *desensibilización por el autocontrol*, en la que se utiliza la desensibilización como una estrategia de afrontamiento que el cliente puede autoadministrarse. Por otro lado, los mecanismos por medio de los cuales funciona la DS han sido un tema muy controvertido y han suscitado muchos estudios que han puesto de manifiesto que ninguno de los componentes de la técnica es esencial para que funcione (Kazdin y Wilcoxon, 1976). La explicación original de Wolpe sostiene que la relajación muscular reduce la ansiedad por medio del mecanismo que hace que el sistema parasimpático inhiba al sistema simpático, y en la actualidad se encuentra cuestionada. Marks (1981), por otro lado, ha argumentado que el elemento clave reside en la exposición al estímulo temido. Rachman (1980) indica que la desensibilización facilita un procesamiento emocional que permite al sujeto integrar los estímulos temidos. La disparidad de estos argumentos da idea de la amplitud de las tesis que se han propuesto. Mientras las controversias pueden seguir en el plano teórico, lo que queda fuera de toda duda es que la DS es una técnica que ha demostrado su eficacia.

El entrenamiento asertivo. Esta técnica está indicada para tratar fobias sociales (ansiedad ante situaciones interpersonales), y la desarrollaron principalmente Wolpe (1973), Rimm y Masters (1974) y Goldfried y Davison (1976). La conducta asertiva se define como «la expresión adecuada de cualquier emoción distinta a la ansiedad hacia otra persona» (Wolpe, 1973, pág. 81). Wolpe considera que la asertividad y la ansiedad son respuestas incompatibles y que por medio del entrenamiento asertivo se puede recondicionar la ansiedad que una persona siente ante determinadas situaciones sociales, como hablar en público o ser evaluado. Antes de proceder a un entrenamiento asertivo, es necesario evaluar de forma conductual el nivel de asertividad del cliente. Las personas poco asertivas tienen dificultades para expresar emociones y sentimientos espontáneamente, muestran inseguridad y tensión en las relaciones interpersonales, y dejan que los demás decidan por ellas. Una vez que se ha determinado que un entrenamiento asertivo es necesario, se le explica al cliente la conveniencia de desarrollar la habilidad de comunicarse asertivamente y se

comienza elaborando una serie de situaciones en las que el cliente tiene dificultades para ser asertivo, de un modo análogo al procedimiento seguido en la construcción de jerarquías de ansiedad en la DS. A continuación se realizan ensayos de conducta sobre dichas situaciones en los que interviene el modelado (el terapeuta actúa de modelo) y la retroalimentación del terapeuta, y se acaba con la prescripción de tareas en el contexto real del cliente. El objetivo del tratamiento es que pueda actuar asertivamente sin sentir ansiedad. Hoy en día, este trabajo se considera bajo el marco más general del entrenamiento en habilidades sociales (en nuestro medio véase Caballo, 1988; y Badós, 1991, para el miedo a hablar en público).

Técnicas de implosión e inundación. Stampfl (1961) (que contaba con una formación psicoanalítica) creó la técnica de implosión siguiendo las ideas de Mowrer (1946). Ésta consiste en que el terapeuta expone al paciente de un modo continuo y repetido a los estímulos temidos y anteriormente evitados con el fin de producir una respuesta emocional intensa y facilitar el proceso de extinción. Se da por supuesto que la respuesta de ansiedad desaparecerá con la exposición repetida del estímulo condicionado sin que vaya seguido del estímulo incondicionado. La exposición puede ser *in vivo* o en la imaginación, aunque normalmente se utiliza el segundo procedimiento. Antes de proceder a utilizar esta técnica es necesario evaluar minuciosamente las situaciones temidas y elaborar una jerarquía de claves de evitación. El terapeuta elabora esta jerarquía y suele contar con escenas exageradas que cuentan con cierta base en la simbología psicoanalítica.

La técnica de inundación no posee las implicaciones psicoanalíticas de la implosión, aunque la lógica es similar, es decir, presentar los estímulos temidos durante largos períodos de tiempo mientras se impide la respuesta de evitación. Los períodos de tiempo pueden ser de dos horas o más, aunque lo normal es que las sesiones se extiendan durante 40 o 60 minutos (Marks, 1972). Sin embargo, en la inundación las escenas suelen ser menos exageradas.

Las técnicas de inundación se han utilizado con éxito en el tratamiento de la ansiedad y las fobias a las situaciones sociales, a la sangre, las heridas y animales diversos, la agorafobia, las obsesiones, las compulsiones y la ansiedad generalizada. Aunque las técnicas de exposición en vivo son eficaces, deben utilizarse con cautela y siempre después de una evaluación completa del problema (véase Botella, 1989).

Práctica masiva. Consiste en la repetición continuada de un hábito involuntario y persistente hasta lograr un nivel de agotamiento. Se ha utilizado para eliminar tics involuntarios.

Terapia aversiva. Consiste en la utilización de estímulos aversivos para modificar la conducta. Se ha utilizado tanto desde el condicionamiento clásico como del operante. En el primer caso, se empareja un estímulo cuyo valor positivo se quiere reducir con un estímulo aversivo; por ejemplo, se ha utilizado en el tratamiento del alcoholismo, haciendo que la ingesta de alcohol fuera seguida de una inducción de náuseas y vómito. En el caso del condicionamiento operante se utilizan la presentación o terminación de los acontecimientos aversivos de un modo contingente a la conducta. Se ha utilizado con éxito en el tratamiento de problemas como el tabaquismo, el abuso de la comida y la inclinación sexual hacia estímulos no apropiados, como el fetichismo (Kazdin, 1978).

— *Recursos técnicos: II. Técnicas operantes*

La mayoría de los usos terapéuticos del condicionamiento operante se han dirigido a uno o varios de los siguientes objetivos:

— el desarrollo y establecimiento de una conducta,
— el fortalecimiento de una conducta y/o
— la eliminación de una conducta.

Para la consecución de estos objetivos se diseñan minuciosos programas de intervención que, en general, constan de los siguientes pasos:

1. Plantear el problema en términos conductuales, incluyendo las respuestas inadecuadas en las situaciones que ocurren.
2. Identificar los objetivos conductuales, especificando las conductas que deben incrementarse, reducirse o reforzarse cuando se producen en la situación apropiada y tambien el nivel de desempeño aceptable.
3. Desarrollar medidas conductuales y tomar medidas de la línea base para poder determinar si el tratamiento está siendo eficaz.
4. Observar al cliente en su ambiente natural para determinar

cuáles son las contingencias y los refuerzos eficaces para él.
5. Especificar las condiciones bajo las cuales se introducirá el tratamiento.
6. Revisar los resultados comparando los índices de respuesta actuales con las medidas de la línea base para determinar la eficacia de las intervenciones. Así se pueden introducir cambios cuando sea necesario y el tratamiento puede finalizar cuando se logren los objetivos conductuales.

Conviene insistir en la importancia de plantear los problemas en términos conductuales. Por ejemplo, problemas tales como «mi hijo se porta mal», «es desordenado», «no me ayuda»... no están definidos en términos conductuales y resultan vagos e imprecisos. Las definiciones conductuales, por el contrario, deben ser lo más específicas posible, en el sentido de que tienen que especificar las condiciones bajo las cuales sepamos que la conducta se ha cumplido. Por ejemplo, «mi hijo le grita a su hermana cuando ésta entra en su habitación», «no responde cuando le pido que baje a la tienda», etc.

Técnicas para establecer conductas. Dado que el condicionamiento operante parte de que una respuesta tiene que realizarse para que sea reforzada, no resulta a primera vista evidente cómo pueden adquirirse respuestas nuevas por este procedimiento. Sin embargo, se han creado procedimientos que se apoyan en las respuestas ya existentes para crear otras nuevas.

El moldeado (o método de las aproximaciones sucesivas). Esta técnica consiste en reforzar las conductas que más se aproximan a la conducta deseada a lo largo de un continuo de aproximación hasta que el cliente realiza la conducta deseada. Para ello se escoge un nivel de variación de una respuesta ya existente y se refuerza a la vez que se elimina el refuerzo de otros niveles. Se utiliza para establecer conductas sencillas, como asearse, vestirse, etc. Por ejemplo, una madre que está moldeando la conducta de un niño para que preste atención a cómo vestirse le puede hablar cariñosamente cuando presta atención en la dirección correcta y guardar silencio cuando realiza otras conductas. Lovaas (1977) ha utilizado este método con éxito para establecer repertorios de conductas con niños deficientes.

El encadenamiento. La lógica es similar a la del moldeamiento, pero se utiliza cuando la conducta que se desea alcanzar se compone

de una secuencia repetitiva (o cadena de estímulos y respuestas); por ejemplo, la secuencia de levantarse y asearse por la mañana (sentarse en la cama, ponerse las zapatillas, ir al cuarto de baño, lavarse la cara, secarse la cara, coger el cepillo de dientes, cepillarse los dientes...). El encadenamiento puede ser hacia delante o hacia atrás. En el primer caso, se comienza reforzando el primer componente de la secuencia, después se refuerza el segundo y el tercero y así sucesivamente. En el segundo caso, se empieza reforzando el último eslabón de la cadena y se procede de igual modo que con el anterior. Estas técnicas se han utilizado para establecer hábitos de higiene y aseo personal (Pear, 1991).

Técnicas para incrementar conductas. Estas técnicas son probablemente las técnicas operantes más conocidas y utilizadas no sólo en el ámbito clínico, sino en el educativo y social, en general. Como es sabido, el *refuerzo positivo* contingente de una respuesta incrementa su probabilidad de aparición futura. El refuerzo es más eficaz si se administra de modo inmediato, de modo contingente y consistente. Pero antes de administrarlo es necesario identificar los reforzadores más útiles observando sus efectos funcionales, dado que lo que es una recompensa para un individuo puede no serlo para otro. El refuerzo general, más comúnmente utilizado es el refuerzo social. El *control del estímulo* consiste en el control de las condiciones antecedentes de una conducta reforzada, para incrementar su probabilidad de aparición. Los antecedentes pueden ser de varios tipos, tales como la instrucción verbal sobre las reglas que se han seguido para obtener el refuerzo, los estímulos facilitadores (por ejemplo, estrenar un vestido bonito facilita la interacción social), y los estímulos discriminativos, que han estado asociados a la respuesta reforzada (Karoly, 1986).

El *contrato de contingencias* se establece entre dos partes (p.ej., padres e hijos o los miembros de una pareja, terapeuta y cliente, etc.) para controlar las consecuencias de la conducta. En él se especifican las conductas deseadas así como los refuerzos mutuos que se dispensarán.

Ayllon y Azrin (1968) utilizaron por primera vez la *economía de fichas* para motivar a pacientes mentales crónicos e institucionalizados con objeto de que actuaran de un modo más competente. Los hospitales psiquiátricos, al igual que las prisiones u otras instituciones cerradas, suelen ofrecer muy pocos refuerzos, y los pocos que

existen suelen ofrecerse de modo no contingente a la conducta de los residentes. Desde el punto de vista del modificador de conducta, la forma de mejorar la convivencia en estos ambientes consiste en promover refuerzos contingentes a las conductas deseadas. Para facilitar el intercambio de refuerzos por conductas apropiadas se utiliza la economía de fichas. Las fichas (u otro medio de intercambio) se administran como refuerzo inmediato y contingente a la realización de las conductas deseadas y posteriormente se cambian por refuerzos «reales». Las fichas pueden ser acumulables para conseguir un refuerzo más valioso. Esta estrategia conduce, en poco tiempo, al establecimiento de una auténtica economía, que puede llegar a ser bastante complicada (Ayllon y Azrin, 1968). Para que una economía de fichas resulte eficaz en un contexto institucional, es muy importante que todo el personal implicado en el trato con el cliente coopere con el terapeuta (o director del programa). Este aspecto ha contribuido a fomentar la figura del co-terapeuta.

Tecnicas para disminuir una conducta. De igual modo que las técnicas operantes se han utilizado para incrementar la conducta deseada, también pueden utilizarse para disminuir las conductas inadaptadas. La **extinción** consiste en dejar de reforzar la conducta que se desea disminuir. Los efectos de poner en marcha un programa de extinción no siempre son inmediatos, ni están ausentes de perturbaciones, sobre todo cuando la conducta que se desea disminuir está muy arraigada. Por ejemplo, si un niño ha aprendido a llorar para obtener la atención de los padres, cuando retiramos el refuerzo (la atención) es probable que al principio llore más y con más rabia, aunque si el análisis de la situación fue correcto esto sucederá sólo durante un breve período de tiempo. Por esta razón, a la hora de aplicar un programa basado en la extinción es conveniente reforzar a la vez respuestas deseables alternativas (Pear, 1991).

El *castigo* consiste en administrar estimulación aversiva de modo contingente a la aparición de una respuesta. El castigo es una forma de que un sujeto aprenda lo que no tiene que hacer, en lugar de aprender lo que tiene que hacer (Pear, 1991). Además de las habituales consideraciones éticas y legales, el castigo es un procedimiento controvertido dentro del paradigma operante. Los modificadores de conducta han puesto de manifiesto que el castigo es un proceso técnicamente complejo que puede afectar a otros operantes (Karoly, 1986). Por ello, se considera que sólo debe utilizarse cuando se trata

de conductas que suponen un peligro físico para el sujeto o para otras personas de su medio, y que no pueden modificarse por medio del control de las claves antecedentes o de las consecuencias reforzantes. Ha sido utilizado con resultados positivos para eliminar el consumo de alcohol.

El *coste de respuesta* es una forma de castigo en la cual se pierden refuerzos previamente adquiridos de modo contingente a la realización de una respuesta. Cuando se utiliza el coste de respuestas es conveniente que se refuercen conductas apropiadas alternativas. Se ha utilizado con éxito en el marco de la economía de fichas en hospitales psiquiátricos.

El *tiempo fuera de reforzamiento* consiste en eliminar las oportunidades de obtener refuerzos positivos de modo contingente a la realización de una conducta, por ejemplo, aislando al sujeto durante un tiempo en una habitación vacía. Suele utilizarse en instituciones para reducir conductas de alteración del orden. En este caso, como en el anterior, está indicado que la utilización de este procedimiento se combine con el refuerzo de las conductas deseadas.

En el *reforzamiento de conductas incompatibles* se trata de disminuir la frecuencia de la aparición de la conducta objeto de tratamiento a partir del refuerzo de conductas incompatibles con ella.

El *condicionamiento encubierto* es un conjunto de técnicas, desarrolladas por Cautela (1972), a partir de la idea de que los acontecimientos imaginados ejercen un control sobre la conducta manifiesta similar a los acontecimientos reales. Se instruye a los pacientes a imaginar que realizan determinadas acciones y que reciben determinados efectos a causa de ellas. Cautela ha adaptado a este formato gran parte de los procedimientos expuestos; por ejemplo, la sensibilización encubierta, el refuerzo encubierto, etc. Se han utilizado para el tratamiento de diversos desórdenes como las fobias, el tabaquismo, el comer en exceso, con cierto éxito. Sin embargo, sus fundamentos conceptuales permanecen inciertos y se considera que su eficacia no ha sido plenamente probada (Kazdin, 1978; Mahoney, 1974).

— Recursos técnicos: III. Técnicas de modelado

Las técnicas de modelado se han utilizado para fines muy diversos, tales como la reducción del miedo, la reducción de conductas hiperactivas en niños, en el tratamiento de adultos psicóticos, etc.

Para diseñar un programa de modelado es importante diferenciar entre la fase de adquisición de las conductas relevantes y la fase de ejecución de las mismas, siguiendo las recomendaciones de Bandura. En la fase de adquisición el observador tiene que atender a las conductas relevantes del modelo y procesar y retener las observaciones. Se han estudiado los factores que facilitan el aprendizaje en esta fase de adquisición tanto por lo que se refiere a las características del modelo como a las del observador y el formato de presentación. Para incrementar la eficacia del programa de modelado es conveniente que el clínico los tenga en cuenta.

Factores que mejoran la adquisición de las conductas. La siguiente lista ha sido adaptada de Perry y Furukawa (1986).

- Características del modelo
  - Semejanza (sexo, edad, raza y actitudes)
  - Prestigio
  - Competencia
  - Cordialidad
- Características del observador
  - Capacidad para procesar y retener la información
  - Incertidumbre
  - Nivel de ansiedad
  - Otros factores de personalidad
- Características del formato de presentación
  - Modelo real o simbólico
  - Varios modelos
  - Modelo de habilidades progresivas
  - Procedimientos graduados
  - Instrucciones
  - Comentario de características y reglas
  - Resumen realizado por el observador
  - Ensayo
  - Minimización de estímulos distractores

La investigación ha mostrado que el modelado es más eficaz cuando el modelo es semejante al observador en las variables de sexo, edad, raza y actitudes. De igual modo, el hecho de que el modelo posea prestigio, competencia y cordialidad tambien mejora la adquisición de las conductas que ejecuta para el observador.

Por otro lado, la adquisición de las conductas del modelo tambien está afectada por la capacidad del observador para procesar y retener información. Tambien está afectada por el nivel de incertidumbre (cuando el observador no está seguro de que su conducta sea la adecuada, es más probable que atienda al modelo) y el nivel de ansiedad (si la ansiedad es muy elevada, puede dificultar la observación). Por último, conviene tener presente que otras variables, como rigidez, autoestima, impulsividad, etc. también pueden afectar a la eficacia del modelado.

Para presentar la conducta se puede utilizar un modelo real o un modelo simbólico, por ejemplo, en una grabación en vídeo. Esta última tiene la ventaja de que permite el control adecuado de todos los detalles importantes. Se pueden utilizar múltiples modelos que pueden variar en su nivel de semejanza con el observador. Este procedimiento facilita la generalización de las conductas aprendidas. El empleo de estrategias progresivas, en las que el modelo comienza mostrando un grado de habilidad similar al del observador para finalizar con un nivel de competencia adecuado, también mejora la adquisición. El uso de instrucciones y comentarios facilita que el observador centre la atención en los aspectos más relevantes. El ensayo de la conducta por parte del observador mientras la está realizando el modelo también mejora la adquisición.

En resumen, hay muchos factores que resultan adecuados para diseñar un buen modelado. Aunque no siempre es posible controlarlos todos, tenerlos en cuenta resulta beneficioso para maximizar las posibilidades de éxito.

Factores que mejoran la ejecución de la conducta (Perry y Furukawa, 1986).

- Factores que suponen incentivo
  - Reforzamiento vicario (reforzar al modelo)
  - Extinción vicaria del miedo a responder (no proporcionar consecuencias negativas al modelo)
  - Reforzamiento directo
- Factores que afectan la calidad de la puesta en práctica de la conducta
  - Imitación
  - Ensayo de conducta
  - Modelado participativo

— Factores que facilitan el tránsfer y la generalización
  — Semejanza entre la situación de entrenamiento y el medio natural cotidiano
  — Práctica repetida que afecta a la jerarquía de respuestas
  — Incentivos en el medio natural
  — Principios de aprendizaje que gobiernan una clase de conductas
  — Variaciones en la situación de entrenamiento

Como es natural, no basta con que se adquiera una conducta sino que también hay que ponerla en práctica. El primer grupo de factores señalados se refieren a aspectos que contribuyen a motivar al observador a que ponga en práctica la conducta, como, por ejemplo, el refuerzo directo (se refuerza al observador por imitar la conducta del modelo) o refuerzo vicario (la conducta del modelo se refuerza). Las conductas que el observador ha adquirido pueden mejorarse mediante el ensayo activo (en el que se le da la oportunidad de comparar su conducta con la conducta del modelo para mejorar su calidad) y el modelado participativo (en el que después de demostrar la conducta deseada el modelo guía al observador ofreciendo, si es necesario, ayuda física). Por último, es importante asegurarse de que las conductas aprendidas van a ponerse en práctica en el contexto real de la vida del cliente. Para ello, junto a la recomendación de practicar, conviene asegurarse de que el cliente ha aprendido no sólo a imitar (reproducir fielmente una conducta) sino que ha aprendido los principios en los que se basa. Por ejemplo, en el entrenamiento asertivo no se trata únicamente de que el cliente, de hecho, aprenda a exponer su punto de vista, sino de que aprenda que se pueden expresar los sentimientos e ideas, de un modo sincero y directo, sin herir a los demás.

— *Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico.*

Como hemos indicado, desde el modelo conductual se presentan los trastornos mentales como categorías de conducta anormal en continuidad con la normal. No cabe, pues, hablar de enfermedad, síntomas, procesos o traumas causales subyacentes, de constructos internos o de rasgos. Las conductas concretas y específicas que se evalúan como anormales se adquieren igual que las normales: me-

diante procesos que obedecen a las leyes del condicionamiento. Los trastornos mentales, motores o emocionales, se entienden como hábitos inadaptados más o menos persistentes que tal como se adquieren se pueden modificar, extinguir o sustituir a partir del manejo de las mismas leyes. Sin embargo, no toda patología fenoménicamente conductual es reductible a este modelo. En este sentido, su alcance se reduciría a los trastornos neuróticos y psicopáticos, que carecen (en cuanto no se han hallado) de raíces orgánicas. No obstante, aunque aquellas alteraciones que poseen una base orgánica representan una limitación, la terapia de conducta se ha mostrado eficaz para modificar conductas en pacientes psicóticos y en deficientes mentales.

Aunque estas técnicas han sido aplicadas a una amplia variedad de problemas clínicos, como hemos ido indicando, los problemas de ansiedad han recibido una atención especial por parte de los terapeutas de conducta. Los síntomas que una persona presenta pueden ser muy variados, pero los terapeutas de conducta, lejos de buscar causas comunes subyacentes, consideran que los síntomas específicos son producto de ansiedades específicas a estímulos específicos. El éxito del tratamiento depende, pues, de la eliminación de todas las ansiedades específicas.

Los tratamientos conductuales se han aplicado con éxito a gran variedad de trastornos psicológicos y a una amplia gama de poblaciones, desde la infancia a la vejez, desde pacientes psiquiátricos a deficientes mentales. En concreto, las técnicas surgidas del condicionamiento operante se han aplicado con pacientes psiquiátricos hospitalizados, deficientes mentales, niños institucionalizados, delincuentes adolescentes y adultos, alcohólicos y drogadictos, y también en pacientes médicos, aunque el área en la que más se ha extendido su uso es el ámbito escolar para modificar conductas en el aula.

En relación con los criterios de éxito, los terapeutas de conducta no son partidarios de ningun criterio que no posea un referente conductual específico (p.ej., incremento o descenso en una conducta determinada) y que no esté evaluado por procedimientos objetivos, aunque en los últimos años se aprecia una mayor consideración hacia otras variables, como el grado de satisfacción y bienestar del cliente. En cualquier caso, es importante destacar que esta orientación ha contribuido más que ningún otro modelo terapéutico a la génesis de instrumentos de evaluación objetivos.

Por último, conviene mencionar que las técnicas de la modifica-

ción de conducta han sido aplicadas tambien fuera del ámbito clínico, en ambientes educativos, en el área de la reinserción social, en el diseño de ambientes ecológicos, en el desarrollo de hábitos de limpieza ciudadana y ahorro de energía, en la actividad laboral y el desempleo (Kazdin, 1978). En definitiva, forman parte de la tecnología para mejorar la calidad de vida en su más amplio sentido.

3.3.4. Desarrollos actuales

A partir de los años setenta la terapia de conducta se encuentra consolidada en el ámbito de los tratamientos psicológicos y entra en una fase de expansión y crecimiento. El interés de los investigadores ya no se concentra tanto en la demostración de la eficacia de sus técnicas en comparación con otros enfoques, sino en el perfeccionamiento de las mismas (Mayor y Labrador, 1984). Este interés por la consolidación y perfeccionamiento de la modificación de conducta se manifiesta en varios aspectos. Por un lado, se potencia la investigación encaminada a descubrir los ingredientes terapéuticos responsables de la eficacia de una técnica determinada (véase, por ejemplo, los estudios realizados sobre la desensibilización sistemática en Kazdin y Wilcoxon, 1976). Por otro lado, aparecen varias obras que intentan sistematizar el cuerpo de conocimientos alcanzados, como la de Kanfer y Philips (1970). Una mención especial merece el manual práctico de Wolpe (1969) y la obra de Bandura (1969), que intenta sistematizar el campo de las teorías del aprendizaje y será una pieza clave para la génesis de las terapias cognitivo-comportamentales que abordaremos en el marco de los modelos cognitivos.

Otra característica importante de la terapia de conducta a partir de los años setenta es la superación del determinismo ambiental de los primeros modelos, aunque éstos siguen gozando de buena salud. Entre los planteamientos más fieles a los enfoques clásicos hay que mencionar en primer lugar el *análisis aplicado de la conducta*, desarrollado en torno al *Journal of Applied Behavior Analysis*, que apareció en 1968 con el propósito explícito de estudiar conductas de relevancia social. Este enfoque es heredero del paradigma del condicionamiento operante y en él se evitan las referencias a los acontecimientos privados (no observables). El tratamiento se centra en el análisis y modificación de los antecedentes y las consecuencias de la

conducta problemática. Desde el punto de vista técnico, se utilizan las técnicas operantes que expusimos en el apartado anterior. Con frecuencia, la implantación de estas técnicas requiere la formación de paraprofesionales (padres, maestros, enfermeros, etc.). El segundo planteamiento heredero de los supuestos clásicos es el enfoque *mediacional* que enfatiza el emparejamiento, por contigüidad entre estímulos y respuestas, siguiendo los principios del condicionamiento clásico para explicar la conducta. Se otorga gran importancia a los constructos mediacionales hipotetizados (p.ej., la ansiedad condicionada) que se vinculan con estímulos y respuestas que puedan ser claramente operacionalizados. Entre las técnicas más utilizadas figuran la desensibilización sistemática y la inundación (Kazdin, 1991). Pelechano (1979) ha resumido las notas características de estas posiciones en los siguientes aspectos:

— toman como fundamento y punto de partida la psicología animal y de laboratorio;
— defienden un isomorfismo entre los procesos psicológicos internos y los procesos motores directamente observables;
— defienden la equifuncionalidad de las leyes que rigen los procesos perceptuales, de aprendizaje, de pensamiento y de interacción social;
— intentan captar el mundo interior del sujeto a partir de un modelo funcional construido con los datos del mundo directamente observables.

Como indicamos antes, el ambientalismo que subyace a estos modelos clásicos empieza a ponerse en entredicho principalmente a partir de los años setenta. En este proceso, resulta clave la noción de *autocontrol*. Skinner (1953) introdujo este concepto como forma de conducta, eliminando del tema nociones no operacionalizables, como la clásica noción de fuerza de voluntad. En Skinner el autocontrol hace referencia a un tipo de conducta que el sujeto debe emitir para controlar otra conducta (cambiar su probabilidad de aparición). Por ejemplo, un niño tiene que controlar su conducta de jugar cuando tiene que estudiar, porque si no lo hace recibirá consecuencias aversivas (castigo, malas notas, etc.) mientras que jugar le resulta reforzante. El autocontrol se produce, pues, cuando existe un conflicto en la emisión de un comportamiento, debido a que el sujeto recibe conse-

cuencias negativas y consecuencias positivas por un mismo comportamiento, pero la probabilidad de aparición de ambas difiere en el tiempo. En este planteamiento se omite toda referencia a los procesos cognitivos; sin embargo, los intentos de explicar la conducta cuando ésta se encuentra bajo el control de consecuencias lejanas abre la puerta a una consideración más activa del sujeto ya que requiere que el sujeto tome decisiones entre conductas alternativas, se plantee estrategias de acción, decida el momento de autorreforzarse, etc. En general, las estrategias de autocontrol establecen tres momentos importantes: la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo. De este modo, se introducen los procesos cognitivos como un puente entre la conducta de autocontrol y las consecuencias diferidas (Thoresen y Mahoney, 1974).

Progresivamente, el estudio del autocontrol se irá alejando de los planteamientos del modelo operante para ir introduciendo cada vez más variables de tipo cognitivo, especialmente las procedentes de la psicología de la atribución. En nuestro país, Avia (1984) y Capafons *et al.* (1990 a y b) han realizado importantes revisiones de estos estudios y han puesto de relieve algunas de las insuficiencias metodológicas que poseen desde el punto de vista experimental.

Durante la década de los años setenta florecen los enfoques sobre el autocontrol. Por ejemplo, Kanfer (1970) concibe el autocontrol como un caso especial de autorregulación, que es un proceso que regula la relación entre variables externas al sujeto, variables interpersonales y variables biológicas del sujeto. Goldfried y Merbaum (1973) lo entienden como una estrategia de afrontamiento. Mahoney (1974), partiendo del estudio experimental del autocontrol, sienta las bases de la modificación cognitiva de la conducta. D'Zurilla y Goldfried (1971) desarrollan las bases del entrenamiento en solución de problemas como una forma de aumentar la autonomía del sujeto y sus posibilidades de autodirección. Meichenbaum (1977) desarrolla el aprendizaje autoinstruccional, que se asienta en las instrucciones verbales que el sujeto se da a sí mismo. Bandura (1976) introduce la noción de *determinismo recíproco* que establece que el funcionamiento psicológico es fruto de una interacción recíproca y continua entre determinantes personales, conductuales y ambientales. De igual modo, este autor formula la teoría de la autoeficacia percibida, como el mecanismo central a partir del cual podría explicarse la eficacia de las distintas terapias. Después de todo ello, el

determinismo ambiental y el carácter pasivo del sujeto implicados en los primeros planteamientos de la terapia de conducta han cambiado completamente.

Esta situación hace que la nota más característica de los desarrollos más recientes en la terapia de conducta sea la diversidad. Kazdin (1991) ha analizado esta cuestión desde una perspectiva histórica. Como hemos visto, desde sus orígenes, la terapia de conducta ha sido una posición no uniforme, en la que han convivido distintas formas de entender los tratamientos psicológicos. Para proporcionar unidad al campo, se pasaron por alto las diferencias y se enfatizaron las similitudes. Éstas provenían de la adopción de la psicología del aprendizaje como fundamento de los tratamientos y de la adopción de métodos experimentales de investigación. Sin embargo, a medida que la necesidad de unidad frente a un enemigo común (el psicoanálisis y el modelo intrapsíquico de enfermedad) ha ido perdiendo vigencia y la terapia de conducta ha ido consolidándose firmemente en el campo de la psicología clínica, la diversidad de sus planteamientos se ha hecho más patente.

Esta diversidad se manifiesta claramente en el ámbito técnico. Por ejemplo, Mayor y Labrador (1984) distinguen entre siete tipos de intervenciones terapéuticas: las encaminadas a la reducción de la ansiedad, las operantes, las aversivas, cognitivas y de autocontrol, biofeedback y asertividad y habilidades sociales. En otro manual más reciente en nuestro ámbito (Caballo, 1991), esta diversidad técnica es mucho más evidente. En él se incluyen las técnicas basadas principalmente en el condicionamiento clásico, las surgidas del condicionamiento operante, las basadas en la teoría del aprendizaje observacional, las técnicas cognitivas y de autocontrol, y en un apartado dedicado a otras técnicas se incluyen algunas de variada procedencia, como la hipnosis o técnicas típicamente guestálticas, junto a planteamientos abiertamente eclécticos como la terapia multimodal.

Otra de las características de los desarrollos actuales en la terapia de conducta señalada por Franks (1991) es la tendencia a la interdisciplinariedad. Uno de los frentes en los que se observa esta tendencia reside en la investigación de las relaciones entre la psicología de la personalidad y el tratamiento conductual, áreas que adolecían de un contacto casi nulo antes de los años setenta. Cabe destacar aquí los estudios de Brengelmann (1977) acerca del efecto diferencial de una misma terapia en función de distintos factores de personalidad, y de

Pelechano (1980), que informa de la relación entre el nivel de reactividad situacional y el éxito de los programas de modificación conductual, en sus distintas fases de aplicación, así como el importante análisis que Botella (1989b) ha realizado sobre esta cuestión.

Otro frente en el que la tendencia hacia la interdisciplinariedad se manifiesta claramente proviene de la incorporación de la terapia de conducta al área de la salud, en general. Los orígenes de esta tendencia se remontan a la génesis del biofeedback, que suscitó tremendas expectativas en sus orígenes (Miller, 1969). Éste es un procedimiento en el cual se le administra información al sujeto acerca de sus propias respuestas psicofisiológicas, como la tasa cardíaca o la respuesta psicogalvánica, por medio de aparatos electrónicos para que aprenda a regular estas respuestas. Esta tecnología ha generado un importante cuerpo de investigación, aunque los resultados obtenidos no han sido tan esperanzadores como se pensó en un principio (Pelechano, 1979). Labrador (1984) ha realizado una importante revisión de las técnicas de biofeedback en la que pone de manifiesto la necesidad de distinguir metodológicamente los efectos debidos al biofeedback de los efectos debidos a otras variables y la necesidad de prestar más atención a los efectos de generalización de estas intervenciones. No obstante, la investigación sobre el biofeedback sigue despertando considerable interés.

Al aplicar el biofeedback en la medicina, Birk (1973) acuñó el término *medicina comportamental*. Poco después aparecieron otras obras (p.ej., Katz y Zlutnick, 1975; Williams y Gentry, 1977) que la consolidaron como una nueva área de estudio fuertemente vinculada a la modificación de conducta, en tanto que hoy en día nos referimos a la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a la medicina para intervenir sobre problemas como el fumar, la obesidad, la hipertensión, los dolores de cabeza, el insomnio, el dolor crónico, el asma, los trastornos gastrointestinales, el tratamiento del cáncer, etc. Se trata de un área caracterizada por la interdiscliplinariedad sistemática, y orientada al tratamiento y prevención de la enfermedad, así como a la promoción de la salud. Reig (1981) ha resumido las áreas más importantes de intervención de la medicina comportamental en los siguientes aspectos: (a) intervenciones encaminadas a modificar conductas observables o respuestas fisiológicas que en sí mismas constituyen problemas, (b) desarrollo de procedimientos para facilitar la adherencia al tratamiento prescrito e (c)

intervenciones encaminadas a mejorar las prestaciones asistenciales, prevenir la enfermedad y promover cambios en los estilos de vida. El campo de la medicina comportamental ha crecido considerablemente durante las últimas décadas. Polaino (1983) proporciona algunos datos significativos. En 1978 el 5 % de los casi 50.000 miembros de la APA trabajaba en este campo en las facultades de medicina de los EE.UU. Por otra parte, los programas de medicina comportamental están recibiendo un financiación cada vez mayor. También sus temáticas de aplicación empiezan a ser cada vez más variadas. Por ejemplo, como una subespecialidad de la medicina comportamental, Taylor (1986) distingue la salud comportamental, centrada en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad en personas sanas.

Por otro lado, la década de los ochenta ha visto el nacimiento de la *psicología de la salud* (término que parece irse imponiendo y sustituyendo al de «medicina comportamental»). La psicología de la salud toma como punto de partida el modelo biopsicosocial, en el que se establece que tanto la salud como la enfermedad suponen relaciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Taylor, 1986). Hay que tener en cuenta que estos desarrollos son aún muy recientes para poder describirlos con un mínimo de perspectiva histórica. Sin embargo, están suscitando un interés cada vez mayor por parte de los investigadores. En nuestro medio cabe citar los trabajos génericos y sobre obesidad de Saldaña (1984; Saldaña y Bados, 1988; Saldaña y Rosell, 1988); los de Labrador y Puente (p.ej., 1988), sobre cefaleas; los de Ibáñez (p.ej., Ibáñez y Andreu, 1988) y Bayés (1985), sobre psicología oncológica; los de Vidal y Tous (1990), sobre psicoinmunología; los de Pelechano y colaboradores, sobre enfermedad crónica (Pelechano, Sosa y Capafons, 1991; Pelechano, Capafons y Sosa, 1991); la compilación de Buceta (1987), y muchos otros que sería largo enumerar dado el notable caudal de estudios que emergen en nuestro país dentro de este modelo.

Así pues, durante los últimos veinte años la terapia de conducta ha experimentado una expansión vertiginosa, implantándose plenamente entre los profesionales de la salud, así como en otras áreas de relevancia social. Su arsenal técnico se ha desarrollado notablemente al igual que el rango de problemas que pueden abordarse por procedimientos conductuales.

3.3.5. *Formación del terapeuta*

En correspondencia con la expansión de la terapia de conducta en el mundo profesional desde los años sesenta han florecido los programas de formación en técnicas conductuales, las asociaciones profesionales, las conferencias y congresos y las revistas especializadas. La mayor parte de los que ejercen la terapia de conducta son psicólogos, aunque también suelen acceder a los programas de formación los médicos y los asistentes sociales. En los EE.UU., al igual que en nuestro país, es posible obtener una formación en terapia de conducta a través de los programas universitarios de posgrado. Es difícil, sin embargo, que tales programas sean estrictamente conductuales, es decir, que no incluyan también entrenamiento en procedimientos cognitivo-conductuales u otras técnicas. Como hemos indicado, la posición ecléctica en la actualidad es la opción mayoritaria entre los terapeutas de conducta, y la exposición a distintos modelos terapéuticos suele ser la norma en lugar de la excepción. No obstante, es posible acceder a una formación estrictamente conductual a través de centros, generalmente privados, vinculados con las asociaciones profesionales. La más importante de dichas asociaciones es la AABT (Association for the Advancement of Behavior Therapy) y la EABT (European Association for Behavior Therapy). Esta última asociación, en la reunión celebrada en Portugal en 1992, cambió su nombre por el de European Association for Cognitive-Behavioral Therapies.

Los terapeutas de conducta entienden la formación del terapeuta como una formación técnica, que abarca tanto el diagnóstico y la evaluación conductual como las técnicas de tratamiento. La formación terapéutica suele ser muy estructurada y orientada hacia las técnicas para conseguir cambios de conducta. La aplicación de las técnicas conductuales requiere, en muchos casos, la colaboración de otros trabajadores, como los asistentes sociales, maestros o enfermeros psiquiátricos, que pueden ocupar el papel de co-terapeutas, papel que también requiere una formación especializada. En España, Pelechano ha sido pionero en la creación y puesta en marcha de programas de modificación de conducta en ambientes educativos que requerían la presencia de co-terapeutas.

3.3.6. *Investigación terapéutica*

Siendo la terapia de conducta el enfoque que mayor compromiso ha mostrado con la contrastación empírica, hay que considerar que el caudal de investigación que genera es muy notable y queda fuera de nuestras pretensiones realizar una revisión de la inmensa bibliografía (véase p.ej., Caballo, 1991; Kazdin, 1978; Mayor y Labrador, 1984). Por el contrario, nuestro objetivo en esta exposición va a estar más centrado en la lógica seguida por la investigación en terapia de conducta.

En la terapia de conducta el tratamiento está intrínsecamente unido al diagnóstico y a la evaluación de la conducta. En lugar del diagnóstico tradicional, que asigna una etiqueta diagnóstica a un individuo, los terapeutas de conducta han desarrollado el diagnóstico conductual, que se centra en las conductas específicas y las condiciones en las que se realizan, de modo que sea directamente útil para la elección de un tratamiento. Kanfer y Saslow, que dieron un paso importantísimo en este sentido, incluyen en su sistema diagnóstico conductual las siguientes categorías (adaptado de Kazdin, 1978):

1. Análisis inicial de la situación problemática, en el que se especifican claramente las conductas del cliente.
2. Clarificación de la situación problemática, en el que se especifican los factores ambientales (p.ej., condiciones estimulares en las que se realiza una conducta y consecuencias que las mantienen).
3. Análisis motivacional, mediante el cual se identifican los estímulos aversivos y los refuerzos positivos para el cliente.
4. Análisis evolutivo, en el que se identifican los cambios biológicos, sociológicos y conductuales que se han producido durante la historia del individuo y que tienen una posible relevancia para el tratamiento.
5. Análisis del autocontrol, en el que se identifican las situaciones y conductas que el individuo puede controlar.
6. Análisis de las situaciones sociales, mediante el que se especifican las relaciones del individuo con otras personas de su ambiente y sus cualidades aversivas o reforzantes.
7. Análisis del ambiente físico-socio-cultural, en el que se eva-

lúan los criterios normativos de conducta del cliente y las facilidades y limitaciones con que se encuentra para llevarlos a cabo.

Como se puede apreciar, este sistema diagnóstico está pensado para obtener información relevante para el tratamiento y para conseguir una reformulación del problema en términos conductuales. En la misma dirección, otra forma de obtener información relevante para el tratamiento consiste en la evaluación conductual, que proviene de la tradición operante, y recurre principalmente a la observación directa. Los métodos de observación varían en función de la conducta problemática (Hersen y Bellack, 1976). Se puede llevar a cabo en situaciones estructuradas para tal fin, por ejemplo, pidiéndole al cliente que realice una serie de tareas o que escenifique una situación. También se puede llevar a cabo en el ambiente natural, introduciendo procedimientos de heteroobservación. Asimismo, se puede instruir al cliente para que observe y registre sucesos privados (pensamientos, sentimientos...) como en los procedimientos de autoobservación. También se utilizan con frecuencia medidas de autoinforme y registros psicofisiológicos. En definitiva, los terapeutas de conducta realizan una minuciosa evaluación del problema antes de llevar a cabo el tratamiento.

A partir de dicha evaluación se establecen los objetivos del tratamiento en función de los cuales se va a juzgar la eficacia del mismo. Hay que recordar que una de las señas de identidad de los terapeutas de conducta ha residido en la defensa de la necesidad de someter los tratamientos a la validación empírica. En efecto, el problema de la eficacia terapéutica, entendido como el problema de demostrar empíricamente la relación entre el cambio en la conducta «x» y la técnica utilizada «y», ha sido el principal foco de interés de la investigación terapéutica desde el modelo conductual. Una obra pionera en este sentido fue la obra de Rachman y Wilson (1960), *La eficacia de la psicoterapia*.

Aunque los aspectos metodológicos de la investigación terapéutica serán revisados en el capítulo siguiente, introducimos aquí algunos comentarios pertinentes. Los diseños intergrupo han sido utilizados principalmente por los enfoques mediacionales para demostrar la eficacia diferencial de las técnicas (Kazdin, 1978). Sin embargo, la aportación más destacada de la modificación de conducta a la inves-

tigación terapéutica reside en los diseños de N = 1, especialmente utilizados por la tradición operante, con los que se ha intentado acercar la investigación terapéutica a la práctica clínica (p.ej., Barlow y Hersen, 1984). En estos diseños se realiza una medición repetida y continuada de la(s) variable(s) dependiente(s). Antes de iniciar el tratamiento hay que establecer el patrón normal de la conducta a tratar (línea base). Las mediciones en el período de línea base deben ser lo suficientemente extensas como para permitir el establecimiento de un patrón en función del cual juzgar la eficacia del tratamiento. Una vez se ha establecido la línea base, se introduce la variable independiente (o tratamiento) y se continúa registrando la conducta. A continuación se observan las diferencias entre los registros en el período de linea base y en el período del tratamiento. Y, por último, se procede a replicar los efectos del tratamiento para asegurarse de que los mismos dependen de la intervención. Existen numerosos tipos de diseños de N = 1, de los que los más utilizados han sido los diseños con línea base múltiple (véase Barlow y Hersen, 1984). Estos diseños no se han utilizado únicamente para mostrar la eficacia de una intervención, sino también para establecer los ingredientes activos de un tratamiento y generar hipótesis sobre los mecanismos de cambio. Sobre estos aspectos volveremos en el próximo capítulo.

Por último, hay que concluir este sucinto y breve resumen señalando que el énfasis otorgado por el modelo conductual a la contrastación empírica de la eficacia terapéutica constituye un punto de referencia para todo el campo de la psicoterapia actual.

3.3.7 Valoración crítica

No hay duda de que la terapia de conducta ha sido el modelo que más ha contribuido a la génesis de una psicoterapia científica. Los terapeutas de conducta han recurrido a la investigación psicológica básica como fuente de hipótesis sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas. Han enfatizado los determinantes actuales de la conducta, frente a los determinantes históricos. Han especificado tanto las conductas problema como los tratamientos en términos objetivos. Han considerado el cambio de conducta manifiesta como el criterio fundamental para evaluar el tratamiento (Kazdin, 1978). Y gracias a la adopción y extensión de estos principios,

los tratamientos psicológicos han podido incorporarse a la psicología científica.

La terapia de conducta ha favorecido tambien el desarrollo de una concepción «optimista» de los problemas psicológicos que ha situado el énfasis en las posibilidades de cambio e intervención, frente a la concepción «pesimista» que se derivaba del modelo intrapsíquico.

Durante las últimas décadas, sin embargo, la creencia en el poder explicativo de los paradigmas clásicos del condicionamiento se ha debilitado considerablemente. Como señala Franks (1991) en una reciente revisión: «Hasta hoy en día, ni el condicionamiento clásico, ni el condicionamiento operante, ni el análisis conductual aplicado, son capaces de explicar adecuadamente las numerosas y variadas complejidades de las neurosis contemporáneas» (pág. 15). Por otro lado, la modificación de conducta ha incorporado tal diversidad de enfoques terapéuticos que resulta difícil ver qué es lo que queda de específico del modelo conductual. Como indica Kazdin (1978):

> Si tenemos en cuenta su énfasis en la evaluación experimental y la diversidad de enfoques que existe dentro de ella, podemos decir que a la modificación de conducta actual, más que una posición conductual concreta, podría identificársela con la defensa de un enfoque científico de todo lo relacionado con el tratamiento (pág. 307).

Pero la defensa de un enfoque científico es una característica compartida por los distintos modelos terapéuticos en la actualidad. Junto al eclecticismo técnico al que la terapia de conducta se ve abocada, parece necesaria una clarificación conceptual sobre los rasgos específicos del modelo conductual.

3.4. Modelos cognitivos

Aunque en los últimos años han aparecido muchos enfoques terapéuticos, las terapias cognitivas han sido quizá las que han ad-

quirido un mayor protagonismo en el contexto de la psicoterapia actual. Varios son los factores que han contribuido a este auge. Por un lado, la convergencia de las terapias cognitivas con la orientación cognitivo-conductual en terapia de conducta. Por otro lado, durante las dos últimas décadas se ha producido una «cognitivización» de la psicoterapia, hasta el punto de que, como señala Villegas (1990b), «apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad, independientemente de su escuela de adscripción, que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo» (pág. 51).[45]

El rasgo común más destacable que unifica a todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término «cognición» se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. Como propone Bruner (1990), «el concepto fundamental de la psicología humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados» (pág. 47).

Otro rasgo importante es el énfasis en el método científico, que está presente no sólo en la investigación sobre los procesos y resultados terapéuticos, sino también en los mismos modelos teóricos propuestos en psicopatología y psicoterapia. Por último, su alto nivel de sistematización constituye otro rasgo destacable que es compartido por la mayor parte de las terapias cognitivas y que ha contribuido en gran medida a acercar la investigación psicoterapéutica a la psicología científica.

45. Por ejemplo, varios trabajos recientes abordan una relectura del psicoanálisis desde la psicología cognitiva (p.ej., Erdelyi, 1985; Wachtel, 1987). Plantean abiertamente una «traducción» del concepto psicoanalítico del inconsciente al lenguaje de la psicología cognitiva. También autores de orientación rogersiana están introduciendo conceptos de la psicología cognitiva en sus conceptos terapéuticos (véase Lietaer *et al.*, 1990).

3.4.1. Desarrollo histórico

Aunque muchos son los enfoques terapéuticos que han aparecido en los últimos años, las terapias cognitivas han adquirido en poco tiempo un protagonismo muy destacable en el contexto de las psicoterapias. Como hemos indicado, varios son los factores que han contribuido a este auge espectacular, derivados en gran parte de las condiciones históricas en que se desarrollaron. Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes de gran calibre (Beck, Ellis, Kelly), sino que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual: el enfoque denominado cognitivo-conductual. De hecho, en la actualidad se siguen utilizando simultáneamente ambas denominaciones para algunas terapias. Por otro lado, el auge paralelo del paradigma cognitivo en psicología ha creado un clima sociocientífico favorable a estos enfoques. Otro factor importante, además de los sociohistóricos, es el notable nivel de sistematización que normalmente presentan estas terapias. Por lo general, cada terapia cuenta con una obra básica (p.ej., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) que constituye un manual donde se indican con precisión, además de las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta. Finalmente, cabe destacar el interés por la investigación y la verificación empírica de estas terapias. Tal vocación investigadora se refleja en el gran número de estudios empíricos realizados comparable, a pesar de su juventud, al de enfoques terapéuticos ya clásicos (p.ej., conductismo y psicoanálisis) y muy por encima de otros con más historia (p.ej., terapias humanistas).

En las reconstrucciones históricas de su perspectiva, los terapeutas cognitivos suelen mencionar como principal referente histórico al estoicismo. Concretamente, la cita que aparece con más frecuencia corresponde al *Enchiridion* de Epícteto (siglo I d.C.), que reza: «No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas». En efecto, los estoicos (desde Cicerón hasta Marco Aurelio), al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las «pasiones», captaron algunos de los supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas. Más tarde, tanto Hume como Spinoza señalaron la primacía del pensamiento sobre las emociones. Kant sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un

«sentido privado». También podemos encontrar otros antecedentes filosóficos de las terapias cognitivas en Vico, Vaihinger, y, con ciertas reservas también, en la concepción fenomenológico-existencial. El valor, como antecedente de estos enfoques filosóficos, depende en parte del tipo de terapias cognitivas a que nos refiramos, tal como se desarrolla más adelante.

Dentro del contexto de la psicología, entre los factores que propiciaron la aparición de las terapias cognitivas destacan los siguientes:

1. *La aparición del conductismo mediacional o covariante.* En sus inicios, el enfoque cognitivo constituye un desarrollo del modelo S-O-R de Woodworth, en el que la «O» del organismo se interpreta en términos cognitivos, pero cuenta sobre todo con los desarrollos de Homme, Osgood y Tolman (véase Tous, 1978, 1989a). El conductismo covariante de Homme (1965) sugirió que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta. Así, propone Homme (1965) que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una encubierta y otra manifiesta, que covarían la una con la otra, de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas. La conducta anormal, según Homme, se da cuando la conducta y el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa. Muchos autores coinciden en considerar también al aprendizaje social de Rotter como un predecesor de las terapias cognitivas.

2. *El descontento existente con los tratamientos*, tanto conductuales como psicoanalíticos. La efectividad de los primeros se veía limitada generalmente a aquellos trastornos con notables correlatos conductuales. A la dificultad de contrastación de los supuestos psicoanalíticos se añaden su larga duración y la cuestionada evidencia sobre la eficiencia de las terapias psicodinámicas.

3. *La emergencia de la psicología cognitiva* como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información (véase Ingram, 1986). Sin embargo, tanto Tous (1989a) como Ibáñez (1988) coinciden con la afirmación de Ingram (1986) sobre la falta de fundamentación real de las terapias cognitivas en la psicología cognitiva (hecho que, por otra parte, reconocen

también Beck *et al.*, 1979). Así, las terapias cognitivas no se pueden considerar como un desarrollo tecnológico de la psicología cognitiva, sino que sólo podemos hablar de una influencia convergente en la formación de un nuevo *Zeitgeist* que otorga un papel central a la cognición.

— La aparición de las terapias cognitivas

Las terapias cognitivas han nacido de la mano de diversos autores pioneros que, a pesar de sus diferencias, han coincidido en su enfoque sobre el papel de los procesos mentales. Se pueden distinguir así tres orígenes principales de las terapias cognitivas:

1. Se considera a Kelly (1955) el primer teórico[46] que presenta una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo[47] (Weishaar y Beck, 1987). Según su postulado principal, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo. A pesar de precederlas en el tiempo, la influencia de Kelly ha sido escasamente reconocida en la emergencia del resto de terapias cognitivas. Sin embargo, en la última década se ha considerado a la terapia de los constructos personales como uno de los enfoques más originales y característicos de la reciente orientación cognitivo-constructivista (Mahoney, 1991). Así, este enfoque se ha-

46. Otra referencia histórica señala a P. Dubois, un psiquiatra suizo muy influyente a principios del siglo en Europa, cuyas teorías y métodos, en realidad, difieren muy poco de los modelos actuales sobre el autocontrol. Una de las obras más destacadas de Dubois, publicada en 1911, llevaba por título *L'Éducation de soi-même*. En 1930 esta obra fue traducida al inglés con el título *Self-Control and How to Secure it*.

47. Aunque las similitudes entre el enfoque de Kelly y las terapias cognitivas más recientes son notables, vale la pena comentar que Kelly prefería no utilizar el término «cognición» porque, desde su punto de vista, éste se contraponía al de «emoción» y a través de él se primaban los aspectos racionales del funcionamiento humano en detrimento de los aspectos emocionales. Por esta razón, Kelly prefería hablar de «construcción» como un término que englobaba a los otros dos.

lla en la curiosa situación de ser la terapia cognitiva más antigua y una de las que presenta más retos en la actualidad.

2. Tanto Albert Ellis como Aaron T. Beck fueron destacados fundadores, y aún pueden considerarse los principales representantes, de las terapias cognitivas. Ambos se formaron en el psicoanálisis, pero su trayectoria los llevó a rechazar tanto los conceptos como la terapia psicoanalítica por falta de eficacia y evidencia empírica, respectivamente. Ellis (1962) reemplazó la escucha pasiva por una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables.

Beck (1967; véase el prólogo de Beck *et al.*, 1979) por su parte, sumó a su insatisfacción con la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con las postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas deseables desde la teoría psicoanalítica (p.ej., pérdida, agresividad hacia el Yo) sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la tríada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse con la obtención de datos que cuestionen su validez.

3. Varios líderes en la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos. Esto ha dado lugar a que se hable a menudo de terapias «cognitivo-conductuales» casi en la mayoría de las obras sobre este tema previas a 1985. Si bien es cierto que el empuje proporcionado por estos líderes conductistas ha sido determinante para las terapias cognitivas, la anterior denominación híbrida no parece apropiada dado el actual panorama.

Mahoney y Arnkoff (1978) señalan a Bandura (1969) como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propicia:

— la aceptación de un determinismo recíproco entre el organis-

mo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos, y

— la postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico.

Posteriormente, Bandura (1977a) reafirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. Por otro lado, tanto Mahoney (1974) como Meichenbaum (1969) otorgaron un papel determinante al autocontrol (en contraposición al control ambiental externo). Meichenbaum se vio influido por los psicólogos soviéticos (especialmente Vygotsky) que habían puesto de manifiesto el papel autorregulador del lenguaje. También Lazarus (1971), que había trabajado en el paradigma wolpiano de la desensibilización sistemática, empezó a postular la importancia de los componentes cognitivos e imaginativos en esta forma de tratamiento.

Así fue como en los años setenta las terapias cognitivas conocieron un auge importante al confluir el trabajo de autores independientes (Beck, Ellis, Kelly) con el enfoque cognitivo-conductual. En la década de los ochenta la contribución de autores como Guidano y Liotti y el giro conceptual adoptado por Mahoney sugieren un nuevo panorama en el que adopta un papel relevante la orientación constructivista de estas nuevas terapias cognitivas. Esta diversificación de los modelos cognitivos parece haber dejado paso a un panorama mucho más complejo que intentaremos abordar en el apartado de desarrollos actuales.

3.4.2. Conceptos básicos

Las terapias cognitivas carecen de un marco teórico unificador, o de un genio inspirador que, al igual que Freud con el psicoanálisis, otorgue unidad al modelo (o al menos una imagen clara y ortodoxa con la que guiarse o disentir). Por tanto, al emprender la tarea de delimitar los conceptos básicos de los distintos modelos de psicoterapia cognitiva nos encontramos con un panorama plural y con lenguajes diversos. Atendiendo a una creciente tendencia que ha surgido en la década de los ochenta (p.ej., Arnkoff y Glass, 1982; Guidano y Liotti, 1983; Ingram, 1986; Mahoney, 1991; Safran *et al.*, 1986;

Turk y Salovey, 1988), hemos optado por intentar una formulación integrada de los conceptos de los modelos terapéuticos cognitivos basándonos en conocimientos disponibles desde la psicología cognitiva. Ya se ha manifestado en repetidas ocasiones que las psicoterapias cognitivas no surgieron de la psicología cognitiva, pero eso no determina la imposibilidad de establecer una progresiva vinculación entre ciencia y técnicas cognitivas, para que estas últimas lleguen a ser una tecnología psicoterapéutica coherente con la psicología cognitiva. A pesar de ser un intento *ad hoc* nos sumamos al esfuerzo de fundamentación científica de los modelos cognitivos por parte de los autores antes mencionados. A los efectos de esta exposición, este intento presenta también la ventaja de proporcionar una visión más integrada y sistemática de los distintos modelos cognitivos.

De entre estas propuestas de fundamentación científica, la de Ingram (1986) resulta especialmente útil. Basándose en trabajos anteriores, Ingram y Kendall (1986) proponen un sistema taxonómico de los distintos aspectos cognitivos, que va a servir para aglutinar los conceptos básicos de los modelos cognitivos (véase figura 2).

— *Esquemas: estructura y proposiciones cognitivas*

Los orígenes de la noción de esquema se pueden hallar en los años veinte y treinta en varios de los escritos de Head y Piaget, y en Barlett. Este último considera el esquema como una organización activa de reacciones y experiencias pasadas. En la actualidad, la idea más aceptada es que un *esquema*, como estructura cognitiva, es una abstracción fruto de la experiencia previa. Lo esencial, según Neisser (1967), es que el esquema es el responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción. Puesto que coexisten varios esquemas distintos, el procesamiento de la información depende del esquema que se haya activado. Para Ingram y Kendall (1986) la noción de esquema se refiere a la estructura y las proposiciones cognitivas. La *estructura cognitiva* se concibe como la arquitectura del sistema, como la estructura que organiza internamente la información, mientras que las *proposiciones cognitivas* se refieren al contenido de tal información.

Las estructuras cognitivas establecen las prioridades del procesamiento de información, dados los límites del procesamiento estimular de nuestro sistema perceptivo. Los esquemas permiten al percep-

Figura 2. Constructos respresentativos de cada categoría de los componentes del sistema cognitivo (tomado de Ingram y Kendall, 1986)

Estructura	Proposiciones	Operaciones	Productos
• Memoria a corto plazo	• Conocimiento episódico	• Propagación de la activación • Atención	• Atribuciones
• Memoria a largo plazo	• Conocimiento semántico	• Elaboración Cognitiva	• Imágenes
• Almacènamiento sensorial/iónico	• Información internamente generada	• Codificación	• Pensamientos
• Red cognitiva/redes asociativas	• Creencias (almacenadas)	• Recuperación • Velocidad de traslado de la información	• Creencias (que acceden)
• Nodos de memoria			• Reconocimiento/detección de estímulos

tor identificar los estímulos rápidamente, categorizar los acontecimientos, seleccionar estrategias para obtener nueva información, resolver problemas y alcanzar metas. Los individuos poseen esquemas específicos para distintas áreas.

Según la naturaleza de sus proposiciones cognitivas podemos hablar de esquemas sociales, esquemas sobre el self y otros. Pero son precisamente estos esquemas sobre el self los que «organizan y guían el procesamiento de la información acerca del self contenida en las experiencias sociales del individuo» (Markus, 1977, pág. 64). Por ello resultan los más relevantes para la psicoterapia.

Los esquemas acerca del self son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran la información. El procesamiento de la información basado en estos esquemas selecciona la información disponible, abstrae su significado y lo integra en los conocimientos almacenados sobre el self, en un proceso interpretativo que afecta todas estas operaciones cognitivas. Mediante este proceso de identifi-

cación y almacenamiento de información relevante para nuestro autoconcepto y conducta social, los esquemas acerca del self definen nuestro sentido de identidad, por lo que ostentan un peso fundamental en la personalidad y los procesos interpersonales. Estos esquemas dan lugar a lo que se conoce como «procesamiento autorreferente». Se trata precisamente del procesamiento de información relevante para el self que rigen estos esquemas. Se ha demostrado que este procesamiento es más rápido y consistente que el de la información no autorreferente (p.ej., Kuiper, 1981).

El modelo de Beck identifica de forma explícita el papel de los esquemas en la formación y mantenimiento de algunos trastornos. Por ejemplo, en la depresión el contenido de los esquemas que más se activan refleja información negativa acerca del self. Este esquema del self negativo se acompaña de una visión negativa del mundo, de los acontecimientos y del futuro. DeRubies y Beck (1988) afirman que los esquemas están en el núcleo (*core*) del trastorno cognitivo y pueden llamarse también creencias nucleares. Sin embargo, estos autores no consideran que el predominio en la activación de determinados esquemas sea «la causa» del trastorno psicopatológico sino un estado de predisposición que interactúa con la situación estimular.

A nuestro juicio, también el modelo de Ellis (p.ej., 1962; Ellis y Grieger, 1977) contiene elementos referidos a los esquemas, aunque no de forma tan explícita. La terapia racional-emotiva de Ellis considera que en el núcleo de la mayoría de los trastornos psicológicos se halla la tendencia humana al pensamiento irracional, de forma que los acontecimientos (A) se interpretan de acuerdo con un conjunto de *creencias irracionales* (B) basadas en imperativos absolutistas o dogmáticos (véase tabla 13). Las consecuencias (C) de este pensamiento (p.ej., trastornos emocionales, conductas desadaptadas) dependen del grado de racionalidad de las creencias que median en los acontecimientos. Tales creencias son proposiciones cognitivas arraigadas en la estructura cognitiva del sujeto. Ellis habla de tales proposiciones, pero no desarrolla el tema de la estructura cognitiva en la que se insertan, ni de su génesis y posible valor funcional.

En nuestro país, este enfoque racionalista que convierte la interpretación cognitiva del significado en la cúspide ejecutiva de la organización del sistema cognitivo ha sido cultivado por Caro (1990), que ha recurrido al enfoque de la Semántica General de Korzybski para encontrar anclajes teóricos.

Tabla 13. *Lista de ideas irracionales* (adaptada de Ellis y Grieger, 1977)

- Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás casi en todo momento.
- Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.
- Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas y ruines. Debo culparlas, condenarlas, y castigarlas con severidad.
- Es horrible, terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión, la hostilidad y sentimientos similares.
- Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que comprometerme con formas provechosas de autodisciplina.
- Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme y perturbarme por ello.
- Mi pasado sigue siendo importante, y sólo porque algo haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, ello tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.
- Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son, y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.
- Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y la no acción, o «disfrutando de mí mismo» pasivamente y sin comprometerme.
- Todas las cosas deben estar ordenadas, y yo debo estar seguro de ello para sentirme bien.
- La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y autoaceptación, dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den los demás.

También con un lenguaje distinto al de la psicología cognitiva, el enfoque de los constructos personales de Kelly (1955) contiene nociones equivalentes al esquema cognitivo. Según este enfoque, el conocimiento se organiza jerárquicamente en un *sistema de constructos personales* o estructura cognitiva global, entendida como una compleja red semántica organizada jerárquicamente. En los niveles jerárquicos más supraordenados se hallan los esquemas nucleares,

que definen la identidad de la persona. Se trata de constructos centrales acerca del self, que gobiernan el proceso de dar sentido (procesar, atender, almacenar, etc.) a los acontecimientos. En cuanto a las proposiciones cognitivas, se corresponderían con los constructos particulares que ocupan tales estructuras. En particular, los más supraordenados son, según Kelly (1955), más invariantes y resistentes al cambio. En efecto, al formar parte de la estructura nuclear, cambiarlos supone una transformación de la identidad de la persona.

Para Kelly toda la experiencia se construye de acuerdo con este sistema de significación. De la misma manera, toda la variedad de manifestaciones humanas y procesos psicológicos tienen un lugar en este proceso de dar significado, gobernado por el sistema de constructos. Desde esta perspectiva, las emociones, conductas, imágenes, pensamientos, sueños, etc. de una persona no son ajenas al significado que se da a sí misma y al mundo sino que forman una parte integrante del mismo.

Esta concepción jerárquica de los esquemas, que distingue entre las estructuras nucleares y otras más periféricas, ha sido apoyada por varios estudios cognitivos dentro (véase la revisión de Winter, 1992) y fuera del enfoque de los constructos (p.ej., Safran *et al.*, 1986). Concretamente, Meichenbaum y Gilmore (1984) proponen la existencia de estructuras nucleares (*core organizing principles*) que proporcionan una unidad temática al individuo. Sobre esta cuestión parece existir un cierto consenso entre los modelos cognitivos de psicoterapia puesto que también otros representantes de la perspectiva constructivista (Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1991) se basan en esta visión jerárquica del sistema cognitivo, ya anticipada por Kelly (1955).

Desde nuestro punto de vista, la noción de esquema, ampliamente utilizada en la psicología cognitiva experimental, puede aportar elementos integradores y orientadores, y servir como marco de referencia teórico para los modelos cognitivos. En este sentido presentamos la propuesta clasificatoria de las estructuras cognitivas de Biran (1988) (véase tabla 14), que puede servir para organizar algunos de los conceptos tratados hasta aquí.

— *Operaciones cognitivas*

Las operaciones cognitivas son los procesos en los que los diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interacti-

Tabla 14. *Tipología de estructuras cognitivas de Biran (1988)*

Estructura	*Características de la estructura*
Profunda	1. Concepciones nucleares tácitas sobre el self y el mundo desarrolladas en la infancia de acuerdo con patrones de apego (p.ej., «soy débil», «soy frágil»). 2. Teorías implícitas de la identidad y la realidad que se derivan y mantienen como concepciones nucleares (p.ej., «debo controlar mi debilidad o sucumbiré ante este mundo hostil»).
Periférica	Creencias irracionales que no son centrales a la identidad (p.ej., «debo ser querido por los demás para poder considerarme valioso»).
Superficial	Creencias irracionales e irrealistas de superficie que se desarrollan en respuesta a una situación de crisis y que mantienen los síntomas (p.ej., «debo ser amado por los demás o me pasará algo horrible»).
General	Creencias que se mantienen en varias situaciones (p.ej., «no sé hacer nada bueno»).
Específica	Creencias limitadas a situaciones específicas (p.ej., «no puedo hablar ante un grupo que me esté mirando»).
Irreal	Creencias que son posibles pero altamente improbables (p.ej., «podría tener un ataque de corazón en el supermercado»).
Irracional	Creencias dogmáticas, absolutistas y no verificables, que son verdad por definición (p.ej., «no debo salir o puede ser horrible»).

va para procesar la información. Son las responsables de la manipulación de los datos sensoriales. Como sugieren Turk y Salovey (1988), es difícil tratar por separado las estructuras y los procesos cognitivos puesto que estos procesos están gobernados por las estructuras cognitivas, a la vez que influyen en éstas.

Las operaciones cognitivas han recibido cierta atención dentro de los modelos cognitivos, particularmente por parte del enfoque de

Beck. En este sentido, el ámbito de la depresión resulta paradigmático. Según Beck (1967; Beck *et al.*, 1979), los pacientes depresivos se caracterizan por una forma particular de operaciones cognitivas a las que llama *procesamiento automático*. Con el término automático se quiere denotar que este procesamiento no se da de forma deliberada, es decir, que el sujeto no elige necesariamente atender a cierta información y pasar por alto otra, por ejemplo. Beck llama «errores cognitivos» a las formas de procesamiento características de los pacientes deprimidos. Tales «errores» han sido identificados y tipificados (véase tabla 15).

Tabla 15. *Lista de errores cognitivos*

1. *Pensamiento absolutista de tipo «todo o nada»*. Se manifiesta en la tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas, tomando una de ellas. Por ejemplo, o bien está impecable o está sucio, o soy perfecto o soy un desastre.

2. *Sobregeneralización*. Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otras situaciones. Por ejemplo, a partir de que un amigo me dice que no puede salir un día creo que rechaza mi amistad. En casos extremos llega a la *etiquetación:* «Soy indeseable», «soy un perdedor».

3. *Filtro mental*. Se trata del proceso de filtrar la experiencia de modo que se atiende sólo a un detalle de la situación sin darse cuenta de otras cosas que suceden alrededor. Por ejemplo, del trabajo que he hecho me fijo sólo en un pequeño error cometido en lugar de valorarlo más globalmente, en todos sus aspectos.

4. *Descalificación de lo positivo*. Se rechazan las experiencias positivas, insistiendo en que «no cuentan» por algún motivo u otro. De esta forma se pueden mantener creencias negativas a pesar de las experiencias positivas.

5. *Sacar conclusiones precipitadas*. Se trata de llegar a conclusiones precipitadas sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presenta dos variantes:

5.1. *Lectura del pensamiento*. Se presume la capacidad de saber lo que otro está pensando sin molestarse en comprobarlo o preguntarlo. Por ejemplo, se cree que un amigo está decepcionado por algo sin haberlo hablado con él.

5.2. *Rueda de la fortuna*. Se considera que algo va a salir mal antes de

que haya indicios para pensarlo. Este pensamiento puede basarse en supersticiones negativas, destino, ley de Murphy, etc...

6. *Engrandecer o minimizar.* Exagerar la importancia de unos acontecimientos en detrimento de otros. Por ejemplo, engrandecer la importancia del éxito de un compañero y minusvalorar el propio. A veces toma la forma de pensamiento catastrófico: «Esto es un desastre».

7. *Deberes e imperativos.* Se trata de autoimposiciones que nos hacemos. Generalmente no son realistas; nos exigimos más de lo que podemos dar: «Debería aprobar ocho asignaturas». «Debo ser amable con todos». Cuando los «debes» no se cumplen aparecen sentimientos de culpa y fracaso.

8. *Personalización.* Tendencia a atribuirse uno mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello.

De forma similar, Ingram y Kendall (1986) sugieren que un aspecto central de la depresión es un proceso automático repetitivo de procesamiento que el sujeto vive como un continuo de pensamientos y recuerdos negativos. En el mismo sentido, Seligman ha señalado la naturaleza automática de las atribuciones características de la mayoría de pacientes depresivos; y Rehm habla de un proceso automático de autoobservación (*self-monitoring*) negativa en la información relativa al self.

En relación con otros trastornos psicológicos, la lógica que emplea el enfoque cognitivo es similar. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad (p.ej., Beck y Emery, 1985) el tipo de información que se distorsiona es la relativa a los estímulos potencialmente peligrosos. La atención se centra en aquellos aspectos más potencialmente dañinos de la situación, y la posibilidad de que tal peligro le afecte se ve exacerbada. Ello ocurre en conexión con un esquema del self según el cual el individuo se ve vulnerable e incapaz de hacer frente al supuesto peligro. Cuando el procesamiento automático de la situación sugiere la inminencia de un desastre para el individuo, es posible que se desencadenen crisis de angustia cuyos componentes somáticos se procesan igualmente en términos catastróficos. En los trastornos fóbicos el procesamiento automático desvirtúa una situación u objeto específico. Así, se han desarrollado modelos para la mayoría de los trastornos (véase p.ej., Beck *et al.*,1990). En síntesis, para este enfoque cognitivo el procesamiento automático interviene

en la formación y mantenimiento de una gran variedad de problemas psicológicos.

A partir de la terapia racional-emotiva también se reconoce la existencia de un procesamiento automático, aunque la razón de tal procesamiento se atribuye a las propias creencias irracionales (Dryden, 1984).

Al tratar el proceso de construcción, Kelly (1970) sólo apunta unas líneas generales, y son autores posteriores (p.ej., Neimeyer, 1987) los que formalizan estas operaciones como «ciclo de experiencia» (véase figura 3). Tal proceso parte de la metáfora de la persona como científico que pone a prueba hipótesis mediante su conducta. Según esta metáfora, la experiencia se ve como un proceso de construcción y revisión del significado, donde la hipótesis que ha construido el sujeto acerca de sí mismo se ve validada o invalidada. Desde esta perspectiva, a la conducta (o, mejor dicho, la acción) se la considera un encuentro con los acontecimientos en el que se ponen a prueba los significados personales. La conducta no se concibe, pues, como una reacción, sino como una acción que forma parte del proceso de dar significado. Por otro lado, este proceso implicará emociones de muy diverso tipo si la acción da lugar a validación o a invalidación (véase Feixas y Villegas, 1990).

Figura 3. El ciclo de experiencia (tomado de Feixas y Villegas, 1990)



— *Productos cognitivos*

Son los pensamientos, autoafirmaciones, imágenes, atribuciones, etc., que resultan de las operaciones cognitivas. Ya hemos dicho que

tales operaciones son reguladas por las estructuras cognitivas, de forma que los productos cognitivos son el resultado final, y a la vez el inicio, de un proceso complejo. De hecho, en el proceso de creación y renovación del conocimiento no es fácil distinguir una secuencia clara entre estructuras, procesos y productos cognitivos ya que éstos se dan de forma simultánea.

Por ejemplo, la totalidad de los enfoques cognitivos de la depresión coinciden en señalar que en el paciente depresivo predominan las autoafirmaciones negativas sobre las positivas, y lo mismo ocurre con otros productos cognitivos. Beck (1967; Beck *et al.*, 1979) atribuye a los pensamientos automáticos negativos, resultantes del procesamiento automático, una influencia importante en el estado de ánimo depresivo. Seligman (1981) y Abramson *et al.* (1978) defienden que existen ciertos tipos de atribuciones depresogénicas. Para los sucesos positivos, las atribuciones son externas, inestables y específicas, mientras que para los negativos son internas, estables y globales. O sea, cuando al depresivo le pasa algo bueno declina su resposabilidad en tal éxito; además piensa que no durará mucho y limita sus efectos a un aspecto específico; y si el suceso es negativo, todo lo contrario.

Tal como se insinúa al hablar de las operaciones cognitivas, el enfoque de Beck atribuye a los distintos trastornos psicológicos un procesamiento automático distorsionado, pero es precisamente el contenido o producto de tales procesos, es decir, los pensamientos automáticos, lo que es característico de cada trastorno.

Donald Meichenbaum ha resaltado el papel que tienen los mensajes que nos decimos a nosotros mismos en la generación y el mantenimiento de los problemas psicológicos. En un estudio en el que promovió el uso de autoinstrucciones positivas en pacientes esquizofrénicos mediante condicionamiento operante, Meichenbaum (1969) observó mejoras en diversas variables, y relacionó tal hallazgo con las investigaciones de los soviéticos Luria y Vygotsky sobre la importancia del lenguaje en la regulación de la conducta. La idea de que el control voluntario se desarrolla con el paso progresivo de la regulación externa (llevada a cabo por figuras significativas) a la interna implica la necesidad de la internalización de autoinstrucciones para llegar a la autorregulación. Esta concepción es la que orienta el aprendizaje autoinstruccional propuesto por Meichenbaum y Goodman (1971) para el tratamiento de niños impulsivos, y es un componente importante de la inoculación del estrés (Meichenbaum, 1985a).

En la propuesta de Kelly (1955) los productos cognitivos son los constructos personales. Resultado de las operaciones simultáneas de asimilación y contraste, los constructos son dicotómicos e idiosincrásicos. Para Kelly (1955), cada producto cognitivo supone a la vez la negación de su opuesto; en efecto, «nuestro lenguaje ... implica un contraste implícito. De no ser así, nuestro discurso sería un sinsentido» (págs. 62-63). De cada sistema cognitivo surgen productos característicos (los constructos personales); e igualmente particulares son sus polos opuestos.

— *Modelos basados en el razonamiento y solución de problemas*

El razonamiento y la solución de problemas son áreas con entidad propia en la psicología cognitiva. Se trata de procesos más globales en los que entran en una interacción compleja los diferentes componentes del sistema cognitivo en un proceso particular. Sin embargo, el estudio de esta área en el laboratorio no contempla generalmente la influencia del estado afectivo, energético y motivacional del individuo en tales procesos.

A partir de los años setenta han aparecido una serie de modelos (p.ej., D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Goldfried, 1971; Spivack *et al.*, 1976) que relacionan la efectividad de la persona para enfrentarse al mundo con la habilidad para el uso adecuado del razonamiento y las estrategias de resolución de problemas. Este enfoque no concibe los problemas desde un punto de vista patológico sino como situaciones vitales que requieren una solución para lograr un funcionamiento efectivo, pero para la que el sujeto no cuenta con una respuesta inmediatamente disponible (D'Zurilla y Goldfried, 1971).

— *Modelos basados en las teorías evolucionistas y motrices de la mente*

Existen otros modelos de terapia cognitiva que no parten de la psicología del procesamiento de información, sino de la epistemología evolutiva, como metodología adecuada para la psicología cognitiva; tal es el caso del modelo presentado por Guidano y Liotti (1983), Guidano (1987, 1991) y Mahoney (1991). El referente conceptual psicológico de estos modelos son las teorías motrices de la mente de F. Hayek y W. Weimer (véase Gonçalves, 1989; Guidano y Liotti, 1983; Mahoney, 1991; Miró, 1986, 1989a, b, c). La perspectiva motriz y evolucionista ve los organismos como sistemas de conoci-

miento que son, a la vez, creadores y productos de su ambiente. Son creadores en el sentido de que perciben y actúan imponiendo activamente reglas tácitas abstractas (p.ej., esquemas cognitivos) sobre la información no psicológica presente en el ambiente. A la vez, son el producto de su ambiente en el sentido de que las reglas tácitas que gobiernan sus acciones son un producto de la evolución social y biológica, por un lado, y del desarrollo ontogénico, por otro.

El énfasis en la actividad del organismo implica que los procesos psicológicos (percepción, comprensión, etc.) y la acción no se conciben como funcional o fisiológicamente distintos. El sistema nervioso no sólo construye su *output* sino que en gran medida construye también su *input*. La percepción en sí misma se considera acción dado que implica la imposición activa de un orden sobre la información no psicológica presente en el ambiente. Nuestra experiencia, por tanto, no refleja las propiedades intrínsecas de los objetos (ni de nosotros mismos como objetos), sino que refleja la actividad clasificatoria, autorreferente, de la mente humana. La mente se considera un sistema de reglas abstractas de clasificación capaz de producir un orden relacional (estructura de relaciones entre sucesos) del cual deriva nuestro conocimiento sobre el mundo y sobre nosotros mismos. En otras palabras, la actividad mental se concibe como la construcción de modelos estructurales tanto de la realidad externa como interna.

Esta concepción del conocimiento está ejemplificada en la descripción de la organización del conocimiento de Guidano (1987), en el que la identidad personal tiene un papel central (véase figura 4). En ella se distingue entre el nivel de conocimiento tácito o profundo y el nivel explícito estructural. El nivel tácito representa las estructuras profundas de autoconocimiento que se van desarrollando ya desde el nacimiento. El nivel explícito se desarrolla con el lenguaje, y supone la construcción de modelos representacionales de la realidad. Aunque el conocimiento explícito controla más directamente la organización cognitiva, el conocimiento tácito proporciona el «marco de coordenadas» que establece los límites del conocimiento explícito y sus reglas de transformación. En este modelo la identidad personal se constituye como una estructura intermedia que integra las estructuras anteriores. Las emociones, en este contexto, son indicadoras de cambios cualitativos en las estructuras tácitas, por lo que merecen una atención especial por parte de este enfoque.

Para explicar el desarrollo del autoconocimiento, Guidano y Liotti

(1983) y Guidano (1987, 1991) destacan el papel fundamental de la vinculación temprana con una figura de apego, que proporciona una especie de molde o marco en el que el niño integra información acerca de sí mismo y del mundo que lo envuelve. Tal marco proporciona una estructura, unos esquemas interpersonales tempranos, que permiten la integración de su experiencia, que de otra forma resultaría fragmentaria. En este sentido, la teoría del apego de Bowlby (p.ej., 1977, 1983) resulta útil para estos autores en la comprensión del desarrollo cognoscitivo de la persona. Según este enfoque, el crecimiento se concibe como una serie de pasos progresivos o etapas en los que se reorganiza el autoconocimiento hasta adquirir el nivel más avanzado en la adolescencia, en concordancia con el período de operaciones formales postulado por Piaget. Este crecimiento viene determinado por el desarrollo metacognitivo o el progresivo distanciamiento entre el pensamiento y la experiencia inmediata (Flavell, 1979).

Figura 4. *Modelo de la organización del conocimiento según Guidano (1987)*



3.4.3. Metodo terapéutico

En términos generales, las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos. Proponen una colaboración abierta con el cliente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución. Esta cita de Weishaar y Beck (1987), que resume su enfoque específico, puede aplicarse también al resto de modelos cognitivos:

> La orientación empírica de esta terapia convierte el sistema cerrado de creencias del cliente en abierto. El cuestionamiento es el principal instrumento técnico, y la experimentación conductual es la mejor forma de investigar la validez de sus supuestos específicos. El cliente ha de comprender bien esta experimentación, su propósito y finalidad (pág. 73).

El objetivo de los tratamientos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen fucionamiento psicológico del sujeto. Para ello, se sirven de una diversidad de procedimientos, algunos propuestos originalmente por cada modelo, y otros adaptados de la modificación de conducta para los propósitos de la modificación cognitiva.

— *La relación terapéutica*

Los modelos cognitivos entienden la psicoterapia como un esfuerzo de colaboración mutua que realizan cliente y terapeuta. De esta forma, se busca un consenso explícito en relación con la naturaleza de los problemas del cliente, los fines de la terapia, e incluso los medios para alcanzarlos. Con ello se pretende, además, ajustar las expectativas de la terapia que tienen tanto el cliente como el terapeuta, factor que la investigación empírica ha señalado como influyente para la permanencia en terapia y adhesión al tratamiento.

Una vez se ha creado cierto clima de colaboración, terapeuta y cliente pueden cooperar como si de un equipo de investigación se tratara. Los pensamientos del cliente se consideran hipótesis a verificar. Cliente y terapeuta examinan la evidencia disponible, a la vez que pueden diseñar experimentos para poner a prueba las hipótesis

del cliente. La evidencia recogida se analiza lógicamente para refutar o apoyar las cogniciones del cliente. El terapeuta no tiene que «persuadir» al paciente de que sus puntos de vista son ilógicos o incoherentes con la realidad; los pacientes "descubren" tales incoherencias por sí mismos» (Young y Beck, 1983, pág. 187). Esta forma de cooperación cuasicientífica entre cliente y terapeuta, definida por Young y Beck como *empiricismo colaborativo*, mimetiza casi al pie de la letra la elaboración que hizo Kelly (1955, 1969) de la metáfora del hombre como científico.

A pesar de una visión común sobre la naturaleza colaborativa de la psicoterapia, los modelos cognitivos difieren en el papel del terapeuta en tal colaboración. Para los enfoques racionalistas, el terapeuta asume un liderazgo característico del enseñante o entrenador, y ejerce la instrucción teórica y técnica característica de su rol de orientador y guía. En cambio, para los enfoques constructivistas la relación se concibe como un contexto seguro, que facilita la exploración del cliente de nuevas posibilidades. La relación misma se ve como un «campo de pruebas» para los experimentos relacionales del cliente, en los que su visión de sí mismo y del mundo se ponen a prueba. En este sentido, Kelly (1955) «reconoce que en el esquema inevitable de las cosas, él mismo es una experiencia validadora que el cliente debe tener en cuenta a la hora de contar el resultado de sus experimentos terapéuticos» (Kelly, 1955, pág. 941).

En otros trabajos (Feixas, 1990, mayo; Feixas y Villegas, 1990) hemos propuesto para la perspectiva constructivista el modelo de la relación *de experto a experto*, ampliando así la propuesta rogersiana (Rogers, 1957) de una relación de persona a persona. El cliente es experto en su mundo personal, más concretamente en los contenidos de su mundo. De esta competencia propia del cliente el terapeuta tienen mucho que aprender, puesto que es, en un principio, totalmente ignorante a este respecto. El terapeuta, en cambio, es un experto en relaciones humanas y en el funcionamiento de los sistemas de construcción. Ambos expertos trabajan en equipo colaborando en llevar a cabo una «investigación» que les permita encontrar hipótesis más viables acerca de la realidad que el cliente presenta como problema.

Asimismo, tal como señala Kelly al final de la cita anterior, la propia relación terapéutica es una experiencia que, como tal (véase Ciclo de Experiencia), es a la vez inevitable y generadora potencial de

cambio. El cliente ve al terapeuta con sus constructos que son fruto de su experiencia pasada (¿transferencia?). El terapeuta actúa como agente validador, como proveedor de validación para aquellos constructos que son útiles (en el contexto del propio sistema del cliente), y como proveedor de invalidación para aquellos que resultan problemáticos. El terapeuta acompaña al cliente tras la invalidación y el consiguiente proceso de reconstrucción que conlleva.

Para Guidano y Liotti (1983) la relación terapéutica constituye un instrumento fundamental, que pretende ser un vínculo restitutivo que permita un estilo relacional más sano en el paciente. Por ello prestan mucha atención a los aspectos de la relación terapéutica. Por ejemplo, proponen diversas formas de relación terapéutica según el problema específico que tenga el cliente. Por poner sólo un ejemplo, con los pacientes agorafóbicos, donde el tema del control predomina en sus esquemas, el terapeuta permite que en las fases inciales de la terapia el paciente ejerza cierto control sobre la relación con tal de que se sienta seguro y confíe en el terapeuta.

En términos generales, los modelos cognitivos coinciden en suscribir las actitudes del terapeuta propuestas por Rogers (1957) como necesarias, aunque rechazan su carácter de «suficientes». En efecto, todos los modelos cognitivos reconocen la utilidad de la calidez, empatía, autenticidad (sentimiento genuino) y aceptación. Sin embargo, el terapeuta cognitivo debe mostrarse también activo, señalando problemas y dificultades, centrándose en aspectos concretos. Debe proponer y representar roles (*role playing*), y animar al sujeto a llevar a cabo experimentos controlados.

— *Recursos técnicos*

Aunque existan diversos modelos cognitivos, la mayoría de ellos utilizan procedimientos originados en los otros enfoques además de los suyos propios. Nos hallamos, de esta forma, frente a un patrimonio técnico intercambiable, no siendo así para la racionalidad de tal aplicación, la cual se sigue de la conceptualización teórica específica de cada modelo. Atendiendo a esta flexibilidad técnica, varios autores (p.ej., Beck, 1991; Feixas y Villegas, 1990; Meichenbaum, 1985b) presentan estos enfoques como miembros activos de la tendencia integradora en psicoterapia, representada por la SEPI.

Atendiendo a esta noción de patrimonio técnico común entre las

terapias cognitivas, se describen sus distintos ingredientes técnicos con independencia del modelo en el que se han generado (aunque se indique su origen). En cuanto al orden de esta breve enunciación partimos de los procedimentos originados en la modificación de conducta[48] hasta llegar a aquellos más característicamente cognitivos.

Asignación gradual de tareas. Asignar de forma controlada la ejecución de ciertas conductas tiene la ventaja cognitiva de contrarrestar la idea que tiene el paciente de que no podría llevarlas a cabo. A menudo se le presenta como una investigación para ver el valor predictivo de sus ideas.

Técnicas de distracción. La propuesta de actividades agradables para el individuo o entretenidas (rompecabezas, ejercicio físico, escribir, escuchar música, etc.) en momentos de depresión o ansiedad permite dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos.

Relajación. La ventaja cognitiva de este procedimiento clásico es su valor en cuanto a incrementar la percepción que del propio autocontrol tiene el cliente. Ello puede mejorar la autoimagen del sujeto, independientemente de sus efectos sobre el sistema psicofisiológico, en el sentido de la reducción del arousal.

Progamación de actividades. Establecer una agenda concreta de las actividades a realizar por parte del cliente tiene la ventaja cognitiva de evitar la inercia, la dificultad para tomar decisiones y la rumia-

48. Es necesario insistir en la observación de que las técnicas conductuales se emplean en estos modelos con una finalidad cognitiva, es decir, con el propósito de producir un cambio en el sistema cognitivo del cliente. Beck *et al.* (1979) explicitan este punto con claridad:

> Para el terapeuta de conducta la modificación de conducta es un fin en sí mismo; para el terapeuta cognitivo es un medio para llegar a un fin: la modificación cognitiva.... Las cogniciones sesgadas (...) no cambian necesariamente a raíz de una modificación de conducta. Más bien lo que ocurre es que la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas. (págs. 112-113)

Otra diferencia a señalar es que desde el punto de vista cognitivo es muy importante que el cliente entienda cuál es el objetivo de la aplicación de una determinada técnica conductual (también con las cognitivas). En muchas ocasiones de lo que se trata es de que el paciente haga algo, experimente su hipótesis, puesto que el resultado de tal acción resulta más accidental.

ción excesiva. En definitiva, incrementa la probabilidad de que determinadas conductas deseadas se lleven a cabo. Beck *et al.* (1979) recomiendan este procedimiento en caso de depresivos moderados o graves.

Valoración del dominio y agrado. Consiste en pedir al cliente que registre mediante una escala de 1 a 5 el nivel de agrado o de dominio con que realiza sus actividades diarias. Una de sus ventajas cognitivas estriba en que permite valorar éxitos parciales y niveles bajos de agrado, contrarrestando así el pensamiento absolutista dicotómico de «todo o nada».

Autoobservación (*self-monitoring*). Equivalente a la línea base conductista, permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo (puntuado, p.ej., de 1 a 100). A partir de la perspectiva cognitiva, este procedimiento no sólo proporciona una evaluación conductual sino que permite iniciar otras intervenciones destinadas a cuestionar el procesamiento de la información que lleva a cabo el cliente.

Uso de autoaserciones. Se trata de la preparación de mensajes de enfrentamiento adaptativos que el cliente debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes o ansiosas. La repetición de tales mensajes ocupa la mente con un material pre-programado que compite con un procesamiento negativo de la información. Pieza fundamental de la inoculación del estrés de Meichenbaum.

Entrenamiento en habilidades específicas. Cuando la evaluación del problema identifica déficit específicos la mayoría de modelos cognitivos introducen elementos de entrenamiento adecuados para incrementar las habilidades del cliente (comunicación, asertividad, resolución de problemas, hábitos, etc.). Dicho entrenamiento introduce un sentimiento de confianza y puede modificar el esquema del self sugiriendo una imagen más positiva y competente de sí mismo.

Ensayo conductual y *role playing*. En general tienen la función de practicar en la consulta conductas que el cliente deberá realizar en su contexto natural. Permite activar los esquemas anticipatorios (a menudo negativos) o bien proporcionar pruebas favorables en cuanto a las posibilidades de ejecución del cliente.

Ensayo cognitivo. Consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Ello le lleva a fijar su atención en los detalles potencial-

mente problemáticos (que pueden estudiarse con el terapeuta), y evitar la divagación.

Explicación del fundamento teórico al cliente. La breve y sencilla exposición del modelo cognitivo que se va a aplicar (p.ej., «el estado de ánimo se ve más afectado por nuestra interpretación o pensamiento que por los acontecimientos mismos»), de las causas de su problema y de los objetivos de la terapia, proporciona un marco claro y esperanzador donde el problema queda explicado y se vislumbran alternativas de futuro. Con ello se pretende combatir la desesperanza con que a menudo acuden los clientes a la consulta.

Identificación de pensamientos disfuncionales. La detección de la aparición de tales pensamientos automáticos, al mismo tiempo que se da, por ejemplo, una bajada en el estado de ánimo, permite al terapeuta involucrar al paciente en la tarea de combatirlos. Su detección permite el empleo de algunos de los procedimientos que siguen.

«Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales». Se trata de un registro de Beck *et al.* (1979), que constituye la esencia de la terapia cognitiva para la depresión, aunque se puede emplear también en otros trastornos. Se puede aplicar de forma gradual a dos, tres, o cinco columnas. El uso de dos columnas se corresponde con la autoobservación (situaciones y emociones que suscitan). La inclusión de la tercera columna supone el registro de los pensamientos automáticos que influyen en el estado emocional negativo. La cuarta fase supone una respuesta racional al pensamiento automático, lo cual implica una intervención sobre los pensamientos anteriores. En la quinta columna hay que registrar la emoción resultante de tal intervención. En sí mismo, este proceso es el núcleo de esta terapia cognitiva, y se va aplicando progresivamente, primero en la consulta con la ayuda del terapeuta, y, posteriormente, el cliente lo aplica como tarea en su casa, hasta que la realiza de forma automática en su vida cotidiana.

Identificación de errores cognitivos. Característico del enfoque de Beck, supone enseñar al paciente a reconocer sus errores de procesamiento. La identificación de tal procesamiento en uno de los tipos de error cognitivo es un paso previo fundamental para el cuestionamiento de sus pensamientos automáticos (véase tabla 15 para una lista de estos errores).

Comprobación de hipótesis. Ya sugerida por Kelly (1955), es una

de las técnicas más empleadas en las terapias cognitivas. La comprobación «empírica» de las hipótesis que el cliente tiene sobre sí mismo y la situación se puede llevar a cabo de diversas formas:

1. Usando la información disponible para el cliente sobre él mismo o en general sobre cualquier acontecimiento conocido que pueda ejemplificar la contrastación de la hipótesis del cliente.
2. Proporcionando datos, por parte del terapeuta.
3. Diseño de un experimento que implique la puesta en juego de la hipótesis del cliente.
4. Recuperación de datos existentes en la propia historia del sujeto. Se puede extraer simplemente de la anamnesis o de la historia clínica, o bien, como proponen Guidano y Liotti (1983), realizar un «análisis evolutivo» a través de la historia vínculo-afectiva del sujeto para comprender su evolución cognitiva, siendo tal comprensión histórica una fuente de datos para las hipótesis del cliente.

Disputa racional. Es el principal instrumento de la terapia racional-emotiva, y consiste en el cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente: «¿Cual es la evidencia de que dispone para creer esto? ¿Es racional creer esto? etc.». En esta discusión el terapeuta utiliza toda suerte de argumentos para demostrar la irracionalidad de las creencias del cliente. Como afirman Dryden y Ellis (1987), «el terapeuta persiste en este cuestionamiento hasta que el cliente reconoce la falsedad de su creencia irracional y, además, reconoce la verdad de su alternativa racional» (pág. 150).

Análisis de costes y beneficios. Supone plasmar en una hoja de papel un análisis de las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o bien de realizar una determinada conducta. Al final el cliente distribuye 100 puntos entre la columna de ventajas y la de desventajas, quedando así visible si es racional o no mantener tal creencia o conducta.

Técnicas de reatribución. Consiste en un análisis detallado, sobre el papel, de las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos. Se pretende una atribución más realista de responsabilidades. Especialmente indicado en casos donde predominen sentimientos de culpabilidad.

Trabajo con imágenes. Muchos clientes evocan imágenes intensas, por ejemplo, ante situaciones ansiosas, en lugar de pensamientos automáticos. En esos casos, el trabajo con imágenes de enfrentamiento, o bien con la evocación voluntaria de otras más placenteras, relajantes o positivas, puede tener un efecto positivo.

Búsqueda de soluciones alternativas. Es característica de la mayoría de modelos cognitivos, desde Kelly hasta Beck, y es un elemento muy importante de la resolución de problemas. Se anima al cliente a «inventar» nuevas soluciones suspendiendo el juicio crítico durante el ejercicio (*brainstorming*); a continuación, terapeuta y cliente analizan cuidadosamente las soluciones anotadas.

Identificación de esquemas. Después de la detección y discusión de un cierto número de pensamientos automáticos se puede observar un predominio de ciertos temas que reflejan el control que determinados esquemas supraordenados tienen sobre el patrón idiosincrásico de procesamiento de información del cliente. Tales esquemas se ponen, entonces, en tela de juicio.

Técnica de rol fijo. Es un procedimiento complejo diseñado por Kelly (1955) en el que el cliente escribe una descripción de sí mismo (autocaracterización) y luego el terapeuta la reescribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Se pide entonces al sujeto que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas con la debida preparación y entrenamiento. Acabado este intenso período la nueva perspectiva adquirida permite que el cliente, con la ayuda del terapeuta, reestructure algunos de sus viejos esquemas supraordenados.

Biblioterapia. Algunos modelos cognitivos (en especial el enfoque de Beck y la terapia racional emotiva) son proclives a recomendar la lectura de textos específicos que refuercen el conocimiento cognitivo del problema por parte del cliente. Existen para ello una diversidad de libros de autoayuda (p.ej., Burns, 1980; Ellis y Harper, 1961) que con un lenguaje sencillo intentan inculcar esquemas y procesos más funcionales, y ayudar a que el sujeto identifique sus patrones de pensamiento disfuncionales.

Al acabar este recorrido por la tecnología cognitiva es preciso hacer algunas anotaciones de precaución. Ninguna de estas técnicas suele aplicarse indiscriminadamente a todos los pacientes ni en cualquier situación; algunas tienen aplicaciones muy específicas de acuerdo con cada modelo. Por otra parte, la breve descripción realizada es

necesariamente aproximada e incompleta. Finalmente, sólo resta indicar que un determinado conjunto de técnicas adquiere unidad y coherencia dentro de un modelo particular y del proceso terapéutico específico que sugiere ese modelo. Por ello, es importante considerar los aspectos procesuales.

– *El proceso terapéutico*

Cada modelo se caracteriza por una propuesta de proceso terapéutico, e incluso dentro de un mismo modelo existen distintos procesos o programas para problemas específicos. Los modelos también difieren en el grado de abstracción o especificidad en su propuesta del proceso terapéutico. Por tanto, no nos es posible presentar una visión integrada del proceso terapéutico cognitivo, por lo que describiremos brevemente algunos ejemplos de tales procesos o programas.

Entrenamiento en inoculación del estrés (descrito en la tabla 16)

Tabla 16. *Esquema de procedimiento para el entrenamiento en inoculación del estrés* (adaptado de Meichenbaum y Cameron, 1983)

Primera fase: conceptualización

A. Recogida de datos
   * Identificar los determinantes del problema mediante entrevista y observación conductual
   * Distinguir entre error de ejecución y déficit de habilidad
   * Formular el plan de tratamiento y análisis de tareas
   * Introducir un modelo conceptual integrador

B. Entrenamiento en habilidades de evaluación
   * Entrenar al cliente para que analice independientemente los problemas (p. ej., a realizar análisis situacional y buscar datos desconfirmadores)

Segunda fase: entrenamiento y ensayo de habilidades

A. Entrenamiento de habilidades
   * Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento (p. ej., comunicativas, asertivas, de resolución de problemas, parentales, hábitos de estudio)
   * Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento paliativas (toma de

perspectiva, diversificación de la atención, uso del apoyo social, expresión adecuada del efecto, relajación)
* Promover un repertorio extenso de respuestas de afrontamiento que facilite una respuesta flexible

B. Ensayo de habilidades
* Promover una adecuada integración y ejecución de habilidades mediante el trabajo con imágenes y el juego de roles
* Entrenamiento autoinstruccional para el desarrollo de mediadores simbólicos que regulen las respuestas de afrontamiento

Tercera fase: aplicación y seguimiento

A. Inducir la aplicación de las habilidades
* Preparación mediante el afrontamiento con imágenes, usando los primeros signos de estrés como señal para enfrentarse
* Representar (a) situaciones que se anticipen como estresantes y (b) al cliente entrenando a alguien más
* Transferir las actitudes representadas al mundo real
* Exposición gradual a estresores dentro de la sesión
* Uso de la exposición graduada y ayudas para la inducción de respuestas para facilitar la respuesta en situaciones en vivo y fomentar la autoeficacia

B. Mantenimiento y generalización
* Fomentar un sentimiento de autoeficacia de afrontamiento en relación a situaciones que el cliente ve como de alto riesgo
* Desarrollo de estrategias para recuperarse de los errores y recaídas
* Programar entrevistas de seguimiento.

Terapia cognitiva para la depresión (Beck *et al.*, 1979).

1. Inicial. Evaluación. Presentación del modelo cognitivo sobre la depresión (con ayuda de biblioterapia), y explicación del fundamento teórico de sus problemas y de la terapia.
2. Media. Uso de las técnicas de identificación y modificación de pensamientos automáticos y de supuestos depresógenos subyacentes.
3. Final. Prevención de recaídas, facilitación de la comprensión del proceso terapéutico que se ha seguido, acuerdo sobre sesiones de seguimiento y apoyo.

Tratamiento cognitivo de los trastornos de angustia (Beck y Emery, 1985).

1. Inicial. Evaluación. Presentación de un «cursillo sobre los trastornos de angustia» como parte de la explicación del fundamento teórico.
2. Media. Centramiento en la interpretación alternativa de las manifestaciones somáticas de la ansiedad
3. Avanzada. Exploración de los pensamientos más específicamente aterrorizantes. Reinterpretación. Uso de relajación (con énfasis en la respiración). Uso de técnicas de distracción. Inducción de «mini-crisis» en la consulta para poner en práctica controlada las técnicas aprendidas. Asignación gradual de exposiciones a los estímulos temidos.
4. Final. Prevención de recaídas, facilitación de la comprensión del proceso terapéutico que se ha seguido, acuerdo sobre sesiones de seguimiento y apoyo.

El proceso terapéutico como proceso de construcción. Epting (1984) propone una visión del proceso terapéutico paralela a las fases que el ciclo de experiencia kelliano contempla para el proceso de construcción:

1. Anticipación. Fase de contrastación inicial y elaboración de las expectativas que el cliente ha puesto en la terapia. A su vez, el terapeuta emplea los instrumentos de evaluación pertinentes para anticipar los posibles rumbos terapéuticos del sistema de su cliente.
2. Implicación. Se refiere al grado de involucración o adherencia al tratamiento. Es una fase en la que el desarrollo de la confianza por parte del cliente en el terapeuta y la terapia es fundamental para la formación de una relación terapéutica beneficiosa.
3. Encuentro. Se trata de la fase más técnica de la terapia. El terapeuta acompaña al cliente en su proceso controlado de construcción, al que se suma el impulso de las nuevas experiencias que proporcionan algunos elementos técnicos.
4. Confirmación/desconfirmación. Se elaboran los resultados de las fases anteriores, proceso con el que quedan confirmadas algunas partes del self del cliente y del proceder terapéutico, y no se confirman otras.

5. Revisión constructiva del sistema. El resultado de la fase anterior conlleva la modificación de algunas estructuras tanto en el sistema del cliente, como en la propuesta de terapia. Esta última fase puede llevar a nuevos ciclos, probablemente para resolver otro tipo de dificultades, que se iniciarían en la fase de anticipación, pero con el impulso de los ciclos previos.

Terapia cognitivo-evolutiva de Mahoney (1991) (véase tabla 17)

Tabla 17. *Pasos básicos de la terapia cognitivo-evolutiva de Mahoney (1991)*

Contacto inicial:

1. Identificación de los problemas primarios y secundarios.
2. Evaluación del riesgo y la urgencia.
3. Datos básicos sobre la situación biográfica presente (p.ej., personas significativas, empleo, salud, breve historial médico...).
4. Biografía breve y generalidades sobre la familia de origen.
5. Evaluación inicial del «ajuste» terapéutico (compatibilidad, consideración mutua, experiencia profesional...); derivación, en su caso.
6. Evaluación de las expectativas del cliente para la psicoterapia (p.ej., experiencia previa, metas, temores, etc).
7. Contacto global inicial, y, en su caso, reafirmación (p.ej., garantía de esperanza, acierto de haber buscado ayuda).
8. Acuerdo sobre un «contrato terapéutico» (p.ej., metas abstractas, roles, proceso de investigación/exploración activa y acuerdo sobre la revisión del proceso y el re-encuadre de las metas en un intervalo determinado).
9. Revisión de los derechos del cliente y de las responsabilidades del terapeuta; firma de un consentimiento informado.

Evaluación:

1. Medidas psicométricas de elección, con especial atención a los temas nucleares (identidad, realidad, poder y valores).
2. Evaluación básica de la salud (dieta, sueño, ejercicio, fármacos e historial médico).
3. Evaluación del self y apreciación del nivel de desarrollo.

Determinación de nivel:

1. Identificación del nivel primario de énfasis en el momento (problema, patrón, proceso o combinación de ellos).
2. Acuerdo sobre una estrategia preliminar general para enfocar dicho nivel.

Trabajo inicial:

1. Profundizar en el desarrollo de una alianza de trabajo (por vía de afirmación, ánimo, etc.).
2. Ejercicios conductuales activos para casa; fomento de las actividades autoexploratorias (inicio de un diario personal, revisión vital, meditación).[49]
3. Exploración más detallada de la exploración vital presente y las preocupaciones primarias/secundarias.
4. Exploración más intensiva/extensiva de la historia vital (álbumes familiares, etc.).

Trabajo intermedio:

1. Salvo en casos de funcionamiento *borderline* en los que un enfoque centrado en sí mismo puede ser peligroso, introducción de ejercicios tendentes a ampliar a) la autoconciencia, b) la relación positiva con uno mismo (p.ej., flujo de conciencia, espejo, sueño/miedo/fantasía, etc.).
2. Ejercicios en la sesión que enfaticen la exploración, novedad y potencia (p.ej., diálogos, dramatización).
3. Trabajos para casa, tendentes a rituales de autoayuda, internalización/exploración del nuevo «mundo real» y acontecimiento emocional/conceptual/conductual.
4. Reconocimiento, respeto y trabajo con (no contra) la resistencia.
5. Énfasis en seguir el ritmo y respetar los ciclos avance/retroceso.

49. Algunos de los términos descritos en este esquema son los siguientes:
– El «diario personal» se refiere a un diario semiestructurado de los acontecimientos vitales.
– La «revisión del proyecto de vida» es un ejercicio orientado a identificar los patrones de reconstrucción de la propia historia personal.
– La «corriente o flujo de conciencia» incluye la expresión de pensamientos, imágenes, sentimientos y recuerdos en un contexto relajado y securizante.
– El «tiempo para el espejo» supone la dedicación de unos minutos a la observación y diálogo con uno mismo a través del espejo.

Revisión y elección:

1. Revisión de las metas generales.
2. Revisión del trabajo hasta el momento.
3. Evaluación general del progreso.
4. Evaluación de la satisfacción y motivación del cliente ante la terapia.
   A. Si se acuerda terminar, pasar a las etapas siguientes.
   B. Si se acuerda seguir, ir a la etapa de «determinación de nivel».

Evaluación:
(Repetir lo mismo que en la evaluación anterior, adecuándolo.)

Terminación:

1. Evaluar la atribución del cliente sobre la responsabilidad del progreso, autonomía, etc.
2. Confirmar al cliente como individuo único.
3. Confirmar su pretensión de desarrollo personal (intento, esfuerzo, actividad).
4. Afirmar la apertura futura hacia ello.
5. Discutir posibles expresiones y experiencias del proceso de separación.
6. Terapeuta: revisión y evaluación privada de las lecciones aprendidas del cliente.

— *Indicación de tratamiento y criterios de éxito terapéutico*

Siguiendo la misma lógica que establece que en el mantenimiento de un determinado trastorno psicopatológico existe una forma particularmente sesgada de procesar la información que conduce a errores sistemáticos, Beck y su escuela han ampliado su modelo, inicialmente concebido para el ámbito de la depresión, a otro tipo de trastornos. Quizás el compendio más actual que existe de la aplicación de este enfoque a una amplia gama de problemas psicológicos sea el *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, editado por Freeman *et al.* (1989).

En los enfoques de Beck y Ellis, la actitud terapéutica no sufre variaciones en función del tipo de trastorno que se esté tratando. En otras palabras, estas terapias cognitivas no constituyen una psicotera-

péutica diferencial. En el fondo, se postula que lo que varía de un tipo de trastorno a otro es el contenido cognitivo que se distorsiona o que resulta irracional. Pero lo que resulta relevante, desde el punto de vista terapéutico, del contenido cognitivo es el hecho de que es un contenido distorsionado o irracional. En consecuencia, ni su génesis ni su posible utilidad funcional en el contexto vital del cliente resultan especialmente importantes para enfocar el tratamiento.

En contraposición a los enfoques de Beck y Ellis, el modelo de terapia cognitiva presentado por Guidano y Liotti (1983) aborda explícitamente el problema de la génesis y posible valor funcional de las distorsiones cognitivas que subyacen a los distintos síndromes clínicos. Éste es un modelo evolutivo y estructural de la psicopatología del cual se deriva una psicoterapia diferencial. Específicamente, estos autores consideran que para fomentar una adecuada relación terapéutica, el terapeuta debe tener en cuenta, tan pronto como sea posible, los estilos interpersonales que acompañan a los distintos síndromes clínicos. Por ejemplo, el terapeuta debe saber que los trastornos alimentarios suelen ir acompañados de una extraordinaria susceptibilidad al juicio crítico de los demás, y, en consecuencia, si quiere fomentar una buena relación terapéutica deberá evitar la actitudes críticas, especialmente al inicio de la terapia.

En relación con los criterios de éxito terapéutico, los modelos cognitivos prestan considerable atención a la eliminación de síntomas. Estos aspectos suelen evaluarse por medio de listas de síntomas (*check list*). Por otro lado, algunos autores, como Mahoney (1991) y Guidano y Liotti (1983), han hablado de cambios profundos en los que estarían comprometidos aspectos más centrales de la personalidad del sujeto. La evaluación de estos cambios, sin embargo, presenta aspectos difíciles de operacionalizar, como veremos más adelante.

3.4.4. Perspectivas actuales

En la actualidad existen diversos tipos de terapias cognitivas y, en consecuencia, se plantea el problema de en función de qué criterios podemos clasificarlas. Una de las primeras clasificaciones la realizaron Mahoney y Arnkoff (1978) subdividiendo las terapias de aprendizaje cognitivo en tres tipos: (a) reestructuración cognitiva, (b)

habilidades de afrontamiento, y (c) resolución de problemas. Este esquema les parece aún válido diez años más tarde a Dobson y Block (1988) para incorporar algunos desarrollos posteriores. Sin embargo, existen varios enfoques que difícilmente se ajustan a esta clasificación, como, por ejemplo, el de Guidano y Liotti (1983) o el de Mahoney (1991). Por ello, la clasificación general que realizan Mahoney y Gabriel (1987) entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas, al estar basada en los supuestos epistemológicos diferenciales, nos parece oportuna para organizar el panorama actual de las terapias cognitivas.

Después de revisar las aportaciones de las teorías motrices de la mente, de la epistemología evolucionista, de los procesos autoorganizativos y del constructivismo (véase Feixas y Villegas, 1990) y contrastarlos con los presupuestos racionalistas tradicionales, Mahoney y Gabriel (1987) sugieren distinguir entre las terapias cognitivas que adoptan supuestos epistemológicos racionalistas/objetivistas y las constructivistas. Entre las primeras se hallan las terapias cognitivas que parten de la supremacía causal de lo cognitivo sobre lo emocional y conductual, es decir, la supremacía de la razón sobre la sensación. Tales enfoques dan por supuesto que existe una realidad independiente representada en el cerebro, siendo éste un «órgano cuya función primordial es registrar y retener "copias" precisas de la realidad externa» (Mahoney y Gabriel, 1987, pág. 45). Es congruente con este enfoque hablar de pensamientos «realistas» o «racionales» en contraste con aquellos que son «erróneos», «distorsionados» o «irracionales». En cambio, las terapias cognitivas basadas epistemológicamente en el constructivismo no reconocen la primacía de la cognición sobre la acción y la emoción, a la vez que desafían la posibilidad de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad. Para la epistemología constructivista la realidad no se nos representa directamente sino a través de un proceso de construcción en el que el sujeto tiene gran responsabilidad. Una comparación de las bases epistemológicas de ambos tipos de terapias cognitivas puede hallarse en Feixas y Villegas (1990) y en Mahoney (1991).

Se podría pensar que las diferencias entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas son sólo epistemológicas, pero Mahoney (1991; Mahoney y Gabriel, 1987) argumenta que no es así. En tales escritos Mahoney desarrolla en profundidad las características diferenciales del enfoque constructivista tanto en la conceptualiza-

ción de los problemas como en la práctica clínica. Una primera implicación teórica, derivada de la epistemología, es la concepción del sistema nervioso. Para la tradición racionalista la función del sistema nervioso es proporcionar representaciones mentales fidedignas de la realidad, mientras que para el constructivista su función es la estructuración idiosincrásica (o construcción) de la experiencia de forma que se adapte al patrón evolutivo del sujeto. Así la noción de representación mental también adquiere un valor distinto para ambos enfoques. En el enfoque racionalista del procesamiento de información las representaciones cognitivas se corresponden con la realidad (salvo alteración patológica), y se codifican y almacenan en la memoria para tener la función de patrones o modelos mentales. Es decir, se concibe la cognición «desde fuera hacia dentro», como estructuradora de la información sensorial (Weimer, 1977).

La visión de las teorías motrices de la mente, adoptadas por el constructivismo, sugiere un enfoque distinto del conocimiento según el cual el sujeto proyecta sus estructuras tácitas y abstractas sobre el orden sensorial. Así, la actividad motriz se concibe a la vez como resultado y como antecedente que controla la percepción, de forma que la acción va dirigida a modificar la percepción. Weimer (1977) llega a afirmar que «la mente es intrínsecamente un sistema motor» (pág. 272). En este modelo adquieren gran valor dentro de la jerarquía mental las estructuras tácitas o procesos abstractos que Hayek (1978) denomina «supraconsciente», sugiriendo así una primacía de lo abstracto en el orden mental (Miró, 1986).

Una implicación de este enfoque del conocimiento es que se concibe la cognición de una forma más holista que en los modelos de procesamiento de información que reclaman la primacía de la cognición sobre el afecto y la conducta. El enfoque constructivista sugiere que

1. La distinción entre cognición, emoción y conducta proviene más bien de nuestro legado filosófico-cultural.
2. La distinción entre procesos sensoriales y motores es cuestionable.
3. Propone contemplar los fenómenos cognitivos, emocionales y conductuales como «expresiones de procesos holísticos y sistémicos» (Mahoney, 1991).

En esta perspectiva las emociones, incluso las extremas, no se ven sólo como algo trastornado que hay que eliminar sino como formas primitivas y poderosas de conocimiento que indican estados importantes de transición de la estructura holística del self (Kelly, 1955; Mahoney, 1991).

Estas diferencias a nivel epistemológico y teórico entre los enfoques racionalistas y constructivistas se reflejan notablemente en la práctica clínica (Feixas y Villegas, 1990; Guidano, 1991; Mahoney y Gabriel, 1987). En términos generales, podríamos decir que la perspectiva racionalista tiene un componente psicoeducativo importante, bien sea en el sentido de instruir al cliente en las habilidades para enfrentarse a su problema, o bien en el de corregir sus cogniciones distorsionadas. En cambio, la perspectiva constructivista concibe el problema como un exponente de una transición en el proceso de reconstrucción del sistema cognitivo del cliente, por lo que se propone acompañar de la forma más efectiva posible al cliente en tal reconstrucción. En otros términos, se podría decir que los enfoques racionalistas tienden a propiciar en el cliente el autocontrol, mientras que los constructivistas se centran en el desarrollo del sistema cognitivo de la persona, aunque para ello empleen puntualmente estrategias de autocontrol. No obstante, las dos perspectivas no son tan distintas como pretenden, quizá por motivos didácticos, Mahoney y sus colaboradores. Sin duda los terapeutas de orientación racionalista no deben sentirse muy bien representados en esta distinción, puesto que ellos en muchos casos procuran también proporcionar un contexto seguro y de apoyo desde donde estimular la exploración del cliente, por poner sólo un ejemplo.

Pero a pesar de resultar inevitablemente en una cierta simplificación, esta distinción entre terapias racionalistas y constructivistas nos parece una de las formas más coherentes de organizar la diversidad de terapias cognitivas. Aunque el origen de tal distinción es claramente epistemológico, conlleva implicaciones teóricas y prácticas sustanciales. A la luz de esta clasificación general se pueden encuadrar otras categorías más específicas, tal como proponemos en la figura 5. En tal esquema clasificatorio, dentro de la perspectiva racionalista, hemos distinguido el entrenamiento de habilidades de la reestructuración cognitiva. Mientras que el primero sitúa la raíz de los problemas en el déficit de aprendizaje o habilidades cognitivas, el segundo sostiene que las creencias o pensamientos erróneos son los

responsables de los trastornos. Asimismo, podemos distinguir entre el entrenamiento de habilidades de (1) autocontrol (para ayudar a que el sujeto controle mejor su conducta mediante autoobservación, autoevaluación más positiva y consiguiente refuerzo de las conductas deseadas), (2) resolución de problemas (para ayudar a que la persona se plantee adecuadamente sus problemas, genere un buen número de posibles soluciones alternativas, seleccione las más adecuadas y revise su decisión de forma sistemática), y (3) de enfrentamiento a la ansiedad, al estrés, al dolor o a cualquier otro trastorno o dificultad (p.ej., mediante la inoculación del estrés o el aprendizaje autoinstruccional). Como puede verse, hemos englobado las categorías de habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas propuestas por Mahoney y Arnkoff (1978) bajo el encabezamiento de la primera por observar que los supuestos teóricos son los mismos: un déficit cognitivo para el que se precisa un entrenamiento compensatorio.

Hemos englobado bajo el rótulo de reestructuración cognitiva tanto la terapia cognitiva de Beck como la racional emotiva creada por Ellis y sus derivados. Aunque la primera se centra más en los pensamientos automáticos negativos y formas de razonamiento/inferencia erróneas, y la segunda en las creencias irracionales, ambos enfoques presentan suficiente comunalidad como para convivir en esta categoría caracterizada por la detección y sustitución de cogniciones inadecuadas.

Dentro de la perspectiva constructivista hemos separado la terapia de los constructos personales del resto de enfoques por motivos tanto conceptuales como históricos. Hemos comentado ya estos últimos al presentar a Kelly como pionero de las terapias cognitivas y mencionar que los enfoques evolutivos aparecen con posterioridad, la mayoría en la década de los ochenta. Conceptualmente, hay que señalar que el enfoque de Kelly carece de una elaboración de los aspectos evolutivos. Kelly se centra en la estructura del sistema de constructos personales y en sus procesos de cambio más que en la comprensión de la génesis de tal sistema (a pesar de otorgar también un peso importante a la reconstrucción que el sujeto hace de su propia historia). En cambio, los enfoques evolutivos se han esforzado en la comprensión de la génesis de los esquemas cognitivos actuales a través de, por ejemplo, las relaciones de apego tempranas del sujeto (Bowlby), concebidas como estructuradoras del sistema cognitivo. A pesar de su juventud se pueden distinguir ya tres líneas distintas

Figura 5. *Propuesta de clasificación de las terapias cognitivas (adaptada de Feixas 1990b)*

Perspectiva racionalista	Entrenamiento de habilidades	de autocontrol (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974; varios trabajos de Rehm)
		de resolución de problemas (D'Zurrilla, 1976; D'Zurrilla y Goldfried, 1971; Spivack, Platt y Shure, 1976)
		de enfrentamiento (Meichenbaum, 1977; 1985a; Meichenbaum y Jaremko, 1983)
	Reestructuración cognitiva (Beck, 1967; Beck *et al.*, 1979; Beck y Emery, 1985; Beck y Freeman, 1990; Dryden, 1984; Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977)	
Perspectiva constructivista	Terapia de constructos personales (Epting, 1984; Kelly, 1955; Neimeyer y Neimeyer, 1987; Winter, 1992)	
	Enfoques evolutivos	estructurales (Guidano, 1987; 1991; Guidano y Liotti, 1983; 1985)
		procesos de cambio humano (Mahoney, 1991)
		piagetianos (trabajos de Ivey, Rosen y Weiner)

entre los enfoques evolutivos. La propuesta estructural de Guidano y Liotti (1983) fue realmente precursora de los demás enfoques, influyendo en gran manera en la propuesta de Mahoney (1991), tal como este último reconoce. Sin embargo, la obra de Mahoney (1991) presenta un marco filosófico y conceptual de gran envergadura, a la vez que sugiere unas técnicas y una sistematización del proceso terapéutico que suponen una verdadera aportación característica. Los enfoques llamados piagetanos basan su conceptualización de la terapia en las nociones propuestas por Piaget para los procesos de desarrollo y cambio cognitivo (p.ej., asimilación y acomodación).

Sin duda, esta clasificación debe considerarse como una propuesta tentativa de organizar un campo, hoy por hoy bien diverso, en el que abundan los contenciosos terminológicos y las posiciones encontradas.

3.4.5. *La formación del terapeuta*

De entre los modelos expuestos, el cognitivo es el que presenta menos particularidades que precisen extensión en cuanto a la formación. La mayoría de terapeutas destacados en las terapias cognitivas están vinculados a los programas clínicos de doctorado de sus universidades y ejercen su formación de una forma integrada en los programas clínicos de posgrado universitario. En este sentido, es notable el grado de integración de las terapias cognitivas, al igual que las conductuales, con el resto de materias de la psicología en el proceso de formación académica. En las universidades americanas, cada vez más, los programas clínicos permiten al terapeuta en formación escoger asignaturas de carácter básico que traten de la investigación experimental de los procesos cognitivos, lo que permite una mayor solidez teórica y rigor metodológico.

También es cierto que han proliferado algunos centros privados de terapia cognitiva, como el Institute of Rational-Emotive Psychotherapy de Nueva York o el Center for Cognitive Therapy de Filadelfia, pero no concentran el grueso de la formación en psicoterapia cognitiva.

Si así es el panorama en el mundo anglosajón, en los países donde los programas universitarios no cubren el *training* clínico, los institutos privados y las asociaciones profesionales cobran mayor

relevancia. Por ejemplo, en Italia existe una asociación de terapia cognitiva (integrada principalmente por Guidano, Liotti y sus seguidores, y por terapeutas de constructos personales) que otorga su propia titulación, y en seno de la cual se plantea el requerimiento de trabajo personal por parte del futuro terapeuta.

Los rasgos generales de estos programas de formación incluyen el entrenamiento para la adherencia a los manuales existentes (p.ej., Beck *et al.*, 1979) o a las obras más destacadas de una línea concreta (p.ej., Guidano y Liotti, 1983), la práctica supervisada, y el *role playing* Además, algunos modelos han desarrollado escalas o *checklists* acerca de los pasos esenciales en el transcurso de un proceso terapéutico (véase Beck *et al.*, 1979).

En suma, la formación del terapeuta cognitivo, aunque pretende ser rigurosa y sistemática, no sigue un programa preestablecido, ni depende de forma exclusiva de ciertas instituciones internacionales, sino que va en función de la realidad de cada ámbito geográfico.

3.4.6. *Investigación terapéutica*

La tradición investigadora de la mayoría de las terapias cognitivas es notoria, especialmente si tenemos en cuenta su corta existencia. El número de estudios y revistas en el campo va en aumento, y ello aporta solidez al modelo. Una revisión de esta investigación sobrepasa en mucho las limitaciones de este proyecto. Destacaremos, pues, únicamente y a modo de ejemplo, una serie de aspectos relativos a algunas de las líneas de investigación existentes.

1. Desarrollo de instrumentos de evaluación cognitiva. Independientemente de las formas más tradicionales de evaluación cognitiva, han aparecido algunos cuestionarios que pretenden operacionalizar aspectos teóricos del modelo del que se derivan, por ejemplo: DAS-Dysfunctional Attitude Scale, CBQ-Cognitive Bias Questionnarie, ATQ-Automatic Thoughts Questionnarie, CRT-Cognitive Response Test, CST-Cognitive Style Test, HS-Hopelessness Scale, ASQ-Attributional Style Questionnarie, CCI-Crandell Cognitions Inventory, y la técnica de rejilla. Por el momento, la fiabilidad y validez de estos instrumentos es variable, por lo que parece que se va a proceder a una progresiva selección de los más adecuados, tanto teórica como

psicométricamente (véase Neimeyer y Feixas, 1992 para una revisión y estudio empírico).

2. La investigación de resultados ha sido relativamente abundante. Destaca, en especial, la inclusión de la terapia cognitiva en el proyecto colaborativo de la depresión del NIMH (Elkin *et al.*, 1989). En este sentido, estos estudios han proporcionado una base de datos abundante para los procedimientos metaanalíticos. Algunos de estos estudios parecían indicar una cierta ventaja de los tratamientos cognitivos en la depresión, pero esto no se ha mantenido con la misma claridad al controlar la variable de la orientación del investigador (Robinson, Berman y Neimeyer, 1990), ni tampoco en el estudio colaborativo antes mencionado (Elkin *et al.*, 1989).

3. La investigación de procesos resulta sumamente interesante al vincularse cada vez más a los hallazgos de la psicología cognitiva experimental. Un ejemplo de estos estudios es el conducido por Safran *et al.* (1986), destinado a facilitar una orientación acerca de los objetivos cognitivos a seleccionar para la intervención de acuerdo con el nivel de la estructura cognitiva afectada, o en la que el cambio podría resultar más significativo. Estos autores llegan a proponer un modelo jerárquico de la estructura cognitiva de gran utilidad clínica.

3.4.7. Valoración crítica

Los modelos cognitivos representan uno de los desarrollos más notables de la psicoterapia contemporánea. La investigación terapéutica, así como la sistematización de los tratamientos, se han visto, en gran medida, potenciadas por estos modelos. No obstante, es necesario prestar atención a algunas insuficiencias que constituyen tendencias para la investigación futura; entre ellas figuran las siguientes:

1. Mayor vinculación entre las terapias cognitivas y la psicología cognitiva. Esta mayor vinculación permitiría ir un paso más allá de los contenidos cognitivos distorsionados, para eleborar hipótesis sobre la génesis y valor de tales contenidos. Como indica Tous (1989a), «la forma cómo se han elaborado los contenidos tiene tanta importancia para la explicación terapéutica como el producto mental en sí mismo» (pág. 18).

2. Necesidad de prestar mayor atención a los factores emocionales y motivacionales. Las terapias cognitivas tradicionales de Beck y Ellis han asumido la primacía de la cognición sobre el afecto y la conducta, siguiendo el lema de que «si así piensas, así te sientes». En la actualidad esta visión parece insuficiente para abordar las complejas interacciones entre afecto, cognición y conducta.

3. Necesidad de mejorar los procedimientos de evaluación cognitiva. Los más utilizados consisten en autoinformes del sujeto. Dado el carácter limitado de los autoinformes, sería deseable contar con medidas de observación objetiva indicadoras de que el cliente está atravesando determinado proceso cognitivo-emocional, en el sentido del diagnóstico del proceso propuesto por Greenberg (1990). Pensamos que ello facilitaría el estudio del proceso terapéutico en la terapia cognitiva.

4. Necesidad de clarificar la diversidad de las terapias cognitivas. Como ya hemos visto, resulta difícil fijar características definitorias precisas de las terapias cognitivas frente a otro tipo de enfoques, aunque algunos autores, como Gonçalves (1989) y Mahoney y Gabriel (1987), consideran que la proliferación de enfoques cognitivos es un signo de complejidad y desarrollo. Por ejemplo, Mahoney y Gabriel (1987) llegan a considerar unas 20 propuestas como terapias cognitivas utilizando criterios muy laxos en sus clasificaciones. Nosotros hemos optado por una visión más restrictiva (véase 3.4.4). Esta propuesta permite reducir el número de enfoques a partir de ciertas comunalidades y eliminar las terapias que no hayan tenido un impacto notable.

5. Necesidad de superar el énfasis restrictivo en lo individual. Varios autores (Feixas, 1990a; Gonçalves, 1989; Thoresen, 1988; Tous, 1989a) han indicado una cierta preocupación por el cariz marcadamente individualista de las terapias cognitivas, que sugieren la imagen del ser humano como una «entidad altamente autónoma, centralizada, autosuficiente y 'siempre en control'» (Thoresen, 1988, pág. 254). Las terapias cognitivas racionalistas han superado en pocas ocasiones la conceptualización del problema y el tratamiento como algo meramente individual, olvidando los aspectos interpersonales en la génesis de los trastornos psicológicos. Aunque se han desarrollado tratamientos cognitivos para el tratamiento de pareja y familiares, mantienen la misma tesis que en el trabajo individual, a saber, que la raíz de los problemas relacionales radica en las malinter-

pretaciones individuales de la conducta (o intenciones) de los demás.

Al margen de estas limitaciones de las terapias cognitivas podrían señalarse otras, tales como la necesidad de una mayor corroboración empírica de la eficacia de las técnicas cognitivas. Pero, para concluir, creemos que la mayor parte de las insuficiencias señaladas pueden retrotraerse a un aspecto básico: la necesidad de una clarificación del concepto de cognición en el marco de una teoría integradora del afecto, la cognición y la conducta. En este sentido, la aportación del constructivismo nos parece esencial y coincidimos con la visión positiva que Greenberg (1988) le otorga en el desarrollo futuro de la terapia cognitiva:

> La visión de la persona como un constructor activo de información que explora y se adapta al ambiente, organizando la información acerca de sí mismo y del mundo en perspectivas cada vez más complejas, nos proporciona un punto de vista del funcionamiento humano y del proceso terapéutico que se acerca al sentido de la realidad vivida. Esperamos que la terapia cognitiva se vea impelida a volverse más constructiva en su visión de la cognición y a desarrollar métodos terapéuticos consistentes con tal perspectiva» (pág. 235).

3.5. Modelos sistémicos

De un modo u otro, los modelos que hemos revisado hasta ahora tenían en cuenta el ambiente intersubjetivo en el que el hombre vive; por ejemplo, el psicoanálisis clásico sitúa el origen de la neurosis en las interacciones tempranas del niño con sus padres, los modelos humanístico-existenciales tienen en cuenta las demandas, exigencias y presiones de los otros significativos a la ahora de explicar la obstaculización de la tendencia hacia el crecimiento o la existencia auténtica, y los modelos cognitivos también recurren al ambiente psicosocial para dar cuenta de la carencia de habilidades o de sesgos cognitivos. Sin embargo, ninguno de estos modelos centra sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de patrones de interacción interpersonal. Sobre este punto se centra la principal

aportación de los modelos sistémicos que vamos a revisar en esta sección.

Históricamente, el desarrollo de los modelos sistémicos ha estado unido a la evolución de la terapia familiar. Sin embargo, en la actualidad, su ámbito de aplicación es mucho más amplio y abarca también el tratamiento individual y el de parejas. Las aportaciones de los modelos sistémicos a la psicoterapia actual son numerosas y de diversa índole. Desde el punto de vista técnico, estos modelos han introducido modificaciones importantes, derivadas del trabajo sobre patrones de interacción que, en muchos casos, ha supuesto introducir a los otros significativos en el ámbito terapéutico.

Desde el punto de vista teórico, el concepto básico que sirve para unificar las aportaciones de los distintos enfoques es el concepto de sistema. Tanto la psicología como otras ciencias han usado y abusado ampliamente de la noción de sistema y, en ocasiones, el término ha llegado a perder todo su sentido original. Aun así, e independientemente del contexto, el aspecto distintivo más característico del concepto de sistema es su oposición al reduccionismo, o, lo que viene a ser igual, el énfasis en las propiedades supersumativas (el todo es más que la suma de las partes) que resultan de la interacción de los elementos de un sistema. En nuestra opinión, los modelos sistémicos representan el marco conceptualmente más provocador y tecnológicamente más innovador de la psicoterapia actual.

3.5.1. Desarrollo histórico

Como acabamos de indicar, el desarrollo histórico de los modelos sistémicos en psicoterapia va unido al desarrollo de la terapia familiar, en la que hoy en día se sigue encontrando su ámbito de aplicación más extendido.

Ya a principios de siglo existían varias formas de consejo matrimonial y orientación infantil que incluían a otros miembros de la familia en el tratamiento. Sin embargo, el único propósito de estas prácticas era incrementar la comprensión del problema del individuo y facilitar su tratamiento; el mismo Rogers, en 1939, había hecho observaciones interesantes en este sentido. En esta época, final de los años treinta y principio de los cuarenta, se crean en los EE.UU. las primeras asociaciones familiares que en la actualidad siguen existien-

do con el nombre de «AAMFT-American Association for Marriage and Family Therapy». Por otro lado, como hemos señalado, la importancia de las relaciones familiares en la génesis de los conflictos neuróticos se había puesto claramente de manifiesto mediante el enfoque psicoanalítico, que dominó el ámbito de la psicoterapia durante la primera mitad del siglo. Sin embargo, el planteamiento terapéutico del psicoanálisis clásico es exclusivamente intrapsíquico y, por tanto, individual. Además, Freud había desaconsejado explícitamente todo contacto entre el psicoanalista y la familia del cliente, que, dado el planteamiento terapéutico del psicoanálisis clásico, sólo podía contribuir a vulnerar la regla de abstinencia.

A pesar de estas limitaciones inherentes al planteamiento psicoanalítico, fue un psicoanalista el que publicó un artículo que obtuvo considerable repercusión y que suele citarse como precursor de la tesis de que las actitudes actuales de los miembros de la familia pueden influir en los síntomas de uno de los miembros. Este artículo se titulaba «La familia como unidad social y emocional» (Ackerman, 1937). De este modo, durante la década de los años cuarenta, se fueron produciendo aportaciones (de autores como E. Fromm, K. Horney y H.S. Sullivan) que, surgiendo del marco psicoanalítico, iban más allá de la ortodoxia freudiana.[50] Además, la psicología social había popularizado durante esta época una de las aportaciones más sobresalientes de su historia, a saber, la teoría del interaccionismo simbólico, que influyó notablemente en estos autores. Así, los neopsicoanalistas ampliaron su marco conceptual al considerar el rol del ambiente psicosocial actual en la génesis de la neurosis y al intentar abarcar fenómenos que se escapaban de los planteamientos terapéuticos psicoanalíticos, principalmente las psicosis. En este sentido, las aportaciones más influyentes para la terapia familiar fueron las de Fromm-Reichman (1948), con el concepto de «madre esquizofrenógena», y Rosen (1953), con el concepto de «madre perversa». De igual modo, durante la década de los años cincuenta, Whitaker había trabajado con esquizofrénicos en el seno de la familia, al

50. Fuera de esta ortodoxia, hay que valorar también la aportación de Adler, quien enfatizó el papel de las relaciones entre los hermanos en el desarrollo del individuo. La noción de constelación familiar hace referencia al peso que tiene el orden de nacimiento de los hermanos en su desarrollo psicológico.

igual que Bowen, Boszormenyi-Nagy y Framo. Todos ellos comparten sus orígenes psicoanalíticos.

Otro predecesor importante de la terapia familiar fue J. Bell, cuya aportación constituye un caso curioso dentro de la historia de la ciencia. Durante una breve estancia en Inglaterra parece ser que Bell malinterpretó la narración que le hizo Sutherland al describirle los métodos terapéuticos de Bolwby, quien utilizaba entrevistas individuales con diversos miembros de una misma familia. Pero Bell entendió que realizaba entrevistas conjuntas, es decir, con todos los miembros de la familia a la vez. A su vuelta a los EE.UU., Bell empezó a utilizar las entrevistas conjuntas para el tratamiento de problemas infantiles y obtuvo un éxito considerable.

Pero los inicios más serios de la terapia familiar vinieron de la mano del antropólogo Gregory Bateson y su equipo del Veterans Administration Hospital de Palo Alto, que trabajaron juntos en una investigación sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia. Ya en 1951, en su colaboración con el psiquiatra Ruesch, había mostrado su interés por los problemas de la comunicación terapéutica (Ruesch y Bateson, 1951). Para investigar los patrones de comunicación en la esquizofrenia Bateson se unió a un grupo de psicoterapeutas y teóricos de la comunicación con objeto de estudiar los mecanismos de la comunicación humana en una colaboración que duró de 1952 a 1962. Sin duda, la publicación de su teoría del *doble vínculo* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956), fruto del análisis comunicacional de las familias de esquizofrénicos, supuso un hito fundamental en el nacimiento del modelo sistémico de terapia familiar.

En síntesis, la teoría del doble vínculo propone una visión de la comunicación esquizofrénica como un intento desesperado para adaptarse a un sistema con estilos comunicativos incongruentes. Al concebir la esquizofrenia como comunicación perturbada, es decir, como la única reacción posible a un contexto de interacción absurdo e intolerable, se realiza el paso del síntoma individual al sistema, eludiendo toda formulación intrapsíquica o biológica. En la actualidad, el valor de esta teoría, dentro de la explicación y tratamiento de la esquizofrenia, es más anecdótico que nuclear (véase Espina, 1991). Sin embargo, hay que destacar su valor histórico al facilitar la adopción del enfoque de la Teoría General de Sistemas (TGS) como marco conceptual adecuado para pensar sobre los problemas de ín-

dole clínico, y que sirvió de fundamento para el desarrollo de la teoría de la comunicación humana, cuyos principios básicos expondremos más adelante.

La década de los sesenta supone un importante desarrollo para el modelo sistémico. En 1962 Jackson y Ackerman fundan la revista *Family Process*, que desde entonces ha sido un órgano de comunicación científica fundamental para el movimiento sistémico. El mismo Jackson crea el MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto, conjuntamente con Satir y Riskin, en el mismo edificio donde trabajó el grupo original liderado por Bateson. El MRI fue el primer centro que presentó programas de formación en terapia familiar. Al poco tiempo se unieron a este proyecto autores como Watzlawick, Weakland y Sluzki. Durante la década de los años sesenta este centro mantuvo contactos regulares con M. Erickson, creador de la moderna hipnoterapia y cuyo enfoque popularizaron especialmente Haley (1973), Rossi (1980) y otros (p.ej., Rosen, 1982).

También por esos años Salvador Minuchin, impulsado por el propio Ackerman, inicia un proyecto de investigación con familias de bajo nivel social, en su mayor parte emigrados puertorriqueños a los EE.UU. con problemas de delincuencia (Minuchin *et al.*, 1967). Ello permitió el desarrollo de un estilo particular de hacer la terapia familiar, actualmente conocido como escuela estructural, perfectamente integrable en el marco sistémico propuesto por el grupo de Palo Alto. Sin duda, la publicación del libro de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), marcó un hito importante para todo el campo, al ser la primera obra que articula conceptualmente la práctica clínica de la terapia familiar con la TGS y la pragmática de la comunicación. Paralelamente, otros autores independientes (Lidz y su equipo de la Universidad de Yale, Wynne en el NIMH, Bowen, Whitaker) siguen trabajando en sus estudios y práctica clínica desde la óptica de la familia en su conjunto. Se trata, pues, de una época de expansión de los modelos sistémicos en psicoterapia.

En Europa, hacia finales de la década de los sesenta comienzan a establecerse diversas líneas de investigación en terapia familiar. En Inglaterra, Laing, que había trabajado con familias con un miembro esquizofrénico, viaja con frecuencia a Palo Alto e instaura una nueva línea de investigación para consolidar el modelo sistémico en la Tavistock Clinic de Londres (Laing y Esterson, 1964; Laing, Phillipson

y Lee, 1966). En Alemania, Stierlin, en el marco de la Universidad de Heidelberg, crea un servicio clínico de medicina psicosomática y terapia familiar (Stierlin y Weber, 1989).

Pero la aportación más importante al modelo sistémico hecha desde el viejo continente corresponde a los italianos. En 1967, Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulana Prata, conocidos como el grupo de Milán, ponen en marcha un centro de investigación en terapia familiar de amplias repercusiones para el movimiento sistémico internacional. Su impacto es tan poderoso que se constituyen en la tercera escuela de importancia, la escuela de Milán, de la que hablaremos más adelante. Un poco más tarde, M. Andolfi, por un lado, y L. Cancrini, por otro, desarrollan sendas escuelas de terapia familiar en Roma.

En la década de los años setenta el enfoque sistémico se ha consolidado plenamente en el ámbito de la terapia familiar. Comienza la fase de divulgación, proliferación en escuelas, y también la recolección de anomalías y limitaciones. A finales de esta década se inicia una fase de profundo cuestionamiento epistemológico, de la cual hablaremos al presentar los desarrollos actuales (3.5.4).

3.5.2. Conceptos básicos

Como ya hemos dicho, el concepto básico de los modelos sistémicos es el concepto de sistema. La Teoría General de Sistemas surgió en la década de los años cuarenta como un intento de abarcar fenómenos que los planteamientos científicos reduccionistas no podían explicar. El planteamiento sistémico tuvo gran repercusión no sólo sobre las ciencias naturales, sino también sobre las sociales; por ejemplo, Bertalanffy, uno de sus máximos exponentes, fue nombrado en 1967 miembro de honor de la American Psychiatric Association.

Un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. En consecuencia, para entender el comportamiento de un sistema es necesario tener en cuenta no sólo sus elementos y propiedades, sino también las interacciones entre ellos y las propiedades que resultan de la totalidad. En la Teoría General de Sistemas resulta común

distinguir entre el *suprasistema*, que hace referencia al medio en el que el sistema se desenvuelve, y los *subsistemas*, que son los componentes del sistema. También hay que distinguir entre *sistemas cerrados*, cuyos componentes no intercambian información, materia, energía, etc., con el medio externo —por ejemplo, una reacción química que ocurre en un recipiente sellado— y *sistemas abiertos*, que son aquellos cuyos elementos intercambian información, materia o energía con su medio externo y muestran la capacidad de adaptarse al medio. En la actualidad son muy pocos los sistemas que se consideran cerrados. Los sistemas tienen la propiedad de autorregularse a través de mecanismos de *feedback* (retroalimentación) y *feedforward* (antero-retroalimentación), que mantienen sus parámetros básicos de funcionamiento.

La conceptualización de la familia como un sistema abierto supone la atribución a ésta de ciertas propiedades sistémicas que se encuentran recogidas en la tabla 18.

De acuerdo con esta conceptualización, el miembro de la familia que presenta el síntoma o problema (paciente identificado) se considera como una expresión de la disfunción familiar sistémica. Por tanto, la resolución del problema se supedita al cambio de la estructura familiar. Cambios en elementos diversos del sistema pueden afectar favorablemente al problema, puesto que se concibe la familia como un todo interconectado.

– *Los conceptos comunicacionales*

Junto a estos conceptos derivados de la TGS, los principios teóricos básicos de los modelos sistémicos en psicoterapia se formularon en el marco de lo que se presentó como una teoría clínica de la comunicación humana divulgada principalmente gracias a la obra de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), de la escuela de Palo Alto. Esta teoría ha resultado extraordinariamente fructífera tanto para la psicoterapia como para otras disciplinas. En la obra mencionada se presentaban cuatro principios básicos que son esenciales para entender los modelos sistémicos en psicoterapia. Estos principios son los siguientes:

1. *Es imposible no comunicar.* Este principio establece que, en un contexto dado de interacción social, toda conducta es

Tabla 18. *Propiedades sistémicas de la familia*. Adaptado de Watzlawick *et al.* (1967) y Feixas y Villegas (1990)

– *La familia como sistema abierto*
La familia como conjunto de individuos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera normas de funcionamiento, en parte independientes de las que rigen el comportamiento individual. El sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio.

– *Totalidad*
El cambio en un miembro afecta a los otros, puesto que sus acciones (y significados) están interconectados con los de los demás mediante pautas de interacción (interdependencia).
Las pautas de funcionamiento del sistema familiar no son reducibles a la suma de los individuos (no-sumatividad).

– *Límites*
El sistema se compone de varios subsistemas, entre los que existen límites con una permeabilidad de grado variable.

....	___ ___ ___	______ ______ ______
difusos	claros	rígidos

– *Jerarquía*
La familia está estructurada jerárquicamente de acuerdo con varias formas de organización.

– *Retroalimentación*
La conducta de cada miembro influye en la de los demás en la forma de *feedback* positivo (favorecedor) o negativo (corrector).

– *Equifinalidad*
Se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de orígenes y caminos muy diversos (el estado final es independiente del estado inicial).

– *Tendencia a estados constantes*
La necesidad de economizar favorece la aparición de *redundancias* comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a *reglas* interaccionales que pueden llegar a convertirse en *parámetros* del sistema.
Con cada movimiento interaccional disminuye el número de variedades comunicacionales posibles (proceso estocástico).
Los mecanismos que preservan el mantenimiento de las reglas interaccionales se consideran homeostáticos por su función de mantener un determinado equilibrio.

comunicación, es decir, tiene un valor potencial de mensaje. Igual que no puede haber una situación de no-conducta, porque para vivir siempre hay que estar haciendo algo, tampoco puede haber una situación de no-comunicación. Incluso el más oscuro silencio es comunicación, comunica un «no quiero entrar en interacción» o «no quiero comprometerme». Aunque, como consecuencia de este hecho, sea inevitable que toda conducta implique un cierto nivel de comunicación, pueden existir situaciones en las que se intenta evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Estas situaciones[51] pueden dar origen a la utilización de un

51. Las situaciones a las que nos referimos aquí son situaciones cotidianas con las que todos estamos más o menos familiarizados. Por ejemplo, supongamos el caso de dos desconocidos, A y B, que coinciden en un avión; supongamos además que A quiere entablar conversación y que B no quiere. Se trata, por tanto, de una situación en la que ninguno de los dos puede evitar comunicarse. Veamos cuáles pueden ser las reacciones posibles ante esta situación:

a) B puede decir a A que no quiere conversar, con el probable resultado de que se produzca un silencio tenso;

b) B puede ceder y entablar conversación, con el probable resultado de que se encontrará hablando de cosas que no le interesan además de reprocharse a sí mismo su falta de habilidad para regular su propia intimidad;

c) B puede utilizar un amplio rango de técnicas de descalificación, que no son más que recursos para «comunicar sin comunicar», es decir, comunicarse de forma tal que el propio mensaje o el del otro quede invalidado. Esto se puede conseguir de muchos modos, por ejemplo, B puede autocontradecirse, ser incongruente, cambiar de tema continuamente, perderse en cuestiones tangenciales, no acabar las frases, generar malentendidos, hablar de un modo oscuro, utilizar manierismos idiomáticos sin especificar cómo se aplican a la situación, y un largo etc. (por cierto, Watzlawick *et al.* no desperdician la ocasión aquí para señalar la similitud que tienen estas «conductas incoherentes» con la sintomatología psiquiátrica, incidiendo en la visión de tales síntomas como problemas pragmáticos de comunicación);

d) B, por último, puede utilizar también lo que los clínicos denominan el síntoma como compromiso, esto es, B puede defenderse de A fingiendo somnolencia, sordera, desconocimiento del idioma, o cualquier otra deficiencia que justifique la imposibilidad de comunicarse. En este caso el mensaje es «a mí no me molestaría hablarle, pero hay algo más fuerte que yo y de lo cual no puede culpárseme, que me lo impide». Esta técnica es muy común y muy útil, pero todavía cuenta con un defecto: B puede sentirse culpable porque es consciente de que está engañando a A. Pero si B consigue convencerse a sí mismo/a de que, en efecto, se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control, entonces el truco resulta perfecto (Watzlawick *et al.*, 1967).

amplio rango de técnicas de descalificación y a la utilización de lo que los clínicos han denominado «el síntoma como comunicación» (véase Haley, 1963, entre otros).

2. *En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y aspectos relacionales (nivel analógico).* Los aspectos relacionales califican o rotulan la información expresada en el contenido del mensaje. En general, los aspectos de contenido de la comunicación se expresan por medio de un código lingüístico, altamente abstracto y capaz de transmitir información muy precisa, similar a los códigos digitales de los ordenadores. En cambio, los aspectos relacionales obedecen a un código mucho más antiguo desde el punto de vista filogenético y mucho más impreciso, similar a los códigos analógicos en el lenguaje computacional. Ciertamente, es con más frecuencia a través del lenguaje no verbal (y para-verbal) como se define la relación. Por otro lado, a veces es la propia situación en la que se da un mensaje (p.ej., médico/enfermo) la que ha definido ya de antemano la relación.

   En ocasiones, la definición de la relación se hace también verbalmente (p. ej., cuando alguien dice «te cuento un chiste...» para indicar que el mensaje siguiente no va en serio). Se considera que la capacidad para metacomunicarse de forma adecuada, es decir, la capacidad de hablar acerca de la relación, constituye una condición *sine qua non* de la comunicación eficaz y está íntimamente relacionada con el problema de la percepción de sí mismo y del otro. Los participantes no comunican nada acerca de hechos externos a su relación, sino que proponen mutuamente definiciones de esa relación. Por implicación, toda definición de una relación lleva consigo una definición de sí mismo, porque es como si la persona estuviera diciendo «así es como me veo en relación con usted» (Watzlawick *et al.*,1967). Aquí reside uno de los principios clave para entender la interacción humana tal como la ven los sistémicos.

3. *La incongruencia entre los dos niveles de la comunicación da lugar a mensajes paradójicos.* Bateson y su equipo aplicaron la teoría de los tipos lógicos de Whitehead y Russell al análisis de la comunicación, sugiriendo que el nivel de rela-

ción (clase) supone un orden lógico superior al nivel de contenido (miembro). Sabido es que cuando un miembro de una clase asevera algo acerca de la clase se produce una paradoja de autorreferencia. Por ejemplo, la afirmación «todos los cretenses son mentirosos», atribuida al cretense Epiménides, es paradójica por aseverar algo acerca del propio mensaje de forma que el receptor del mensaje se halla en un dilema. Si se cree que esta afirmación es correcta entonces no es verdadera puesto que la dicho un cretense, y si no, resulta verdadera. Esta situación confusa generada por el mensaje se da por la incongruencia entre el nivel lógico de la clase (sentencias) y el de los miembros (una sentencia concreta), por aseverar algo acerca de la clase («las sentencias son mentira»). Estas paradojas se diferencian de las simples contradicciones, del tipo «A y no A» en que representan incongruencias al mismo nivel lógico. A diferencia de las paradojas, estas contradicciones simples son evidentes y fácilmente detectables, y no generan confusión ni conflictos de autorreferencia.

Si las paradojas se redujeran a meros rompecabezas conceptuales no tendrían mayor interés para la comunicación humana y la psicoterapia, pero no es así. Además de estas paradojas lógicas, existen las pragmáticas. Se basan en la distinción anterior entre el nivel de contenido y el relacional, y consideran al segundo como un orden lógico superior al primero. Así, cualquier contenido digital incongruente con la definición de la relación que trasmite el nivel analógico/contextual constituye una *paradoja pragmática*. Por ejemplo, si una madre dice «te quiero» a un niño, pero lo abraza con rudeza y frialdad, el mensaje transmitido contiene un ingrediente paradójico por la incongruencia entre el contenido verbal (digital) y el no verbal (analógico).

Estas paradojas pragmáticas están en la base de la teoría del doble vínculo (Bateson *et al.*, 1956), puesto que la confusión que generan se hipotetiza como generadora de trastornos esquizofrénicos. En efecto, la comunicación incongruente de estos pacientes parece haberse adaptado a este estilo comunicacional también incongruente que impera en la familia. Pero a pesar del valor de esta hipótesis

comunicacional de la esquizofrenia, en tanto que explicación alternativa del fenómeno en la época que se formuló, hoy en día no se puede sostener como hipótesis (véase Espina, 1991, para una revisión).

4. *La definición de una interacción está condicionada por las puntuaciones que introduce el participante.* Dado que no existe la situación de no-conducta o de no-comunicación, para un observador externo un intercambio de mensajes entre dos comunicantes puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, para los participantes en la interacción la secuencia tiene un principio y un final. Técnicamente se denomina «puntuación» a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. La falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar los hechos es la causa de numerosos conflictos en las relaciones.[52] Por ejemplo, supongamos que una pareja tiene un problema al que el marido contribuye con un retraimiento pasivo, mientras la mujer aporta sus críticas constantes. El marido explica la situación diciendo que su retraimiento es una defensa contra los ataques de la mujer, mientras la mujer afirma que eso es mentira porque ella lo critica únicamente a causa de su pasividad. En esencia, el problema reside aquí en la ausencia de una metacomunicación adecuada acerca de sus formas respectivas de puntuar la interacción. Los casos más frecuentes de puntuación discrepante suelen estar centrados en intentar decidir cuál es la causa y cuál es el efecto, cuando en realidad ninguno de

52. Desde el punto de vista clínico, los conflictos de puntuación suelen tener como premisas dos supuestos erróneos:

a) Suponer que el otro cuenta con la misma información que uno mismo y que, además, debe sacar las mismas conclusiones. En contraposición con esta idea, conviene resaltar que los expertos en comunicación han señalado que una persona recibe unas diez mil impresiones sensoriales (extereoceptivas y propioceptivas) por segundo. Por tanto, es obvio que el sistema nervioso central opera realizando un drástico proceso de selección, para que los centros superiores no se vean inundados de información irrelevante;

b) suponer que sólo hay una realidad: «el mundo tal y como yo lo veo»; y, en consecuencia, cualquier visión que difiera de la mía tiene que deberse a la irracionalidad (o falta de inteligencia), a la mala voluntad o a la mala intención.

estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción, esto es, al hecho de que, en realidad, la secuencia no tiene un principio y un final, sino que constituye un proceso recurrente (Watzlawick *et al.*, 1967). Aquí reside el origen de una de las nociones teóricas más importantes que los planteamientos sistémicos han aportado a la psicoterapia, a saber, la noción de *causalidad circular*, que también se encuentra en el origen de la convergencia entre los planteamientos sistémicos y los constructivistas en terapia cognitiva (véase 3.5.4).

Junto a estos cuatro principios básicos de la comunicación humana, otra distinción importante desde el punto de vista clínico es la realizada entre las dos formas básicas de relación interpersonal diádica: las *relaciones simétricas* y las *relaciones complementarias*. Las primeras se caracterizan por la igualdad (y la existencia de diferencias mínimas) en la conducta recíproca. Por tanto, es típico de estas relaciones que cualquiera de los participantes pueda tomar la iniciativa, por ejemplo, adoptar una actitud crítica o dar un consejo. Este tipo de relaciones, además, tienden a ser competitivas; por ejemplo, cuando uno manifiesta que ha tenido éxito en una empresa el otro expresa que ha tenido también éxito en tareas de dificultad similar. La relación, en este caso, tiende a acrecentar la igualdad o la simetría. La relación complementaria, en contraposición, es aquella en la que se da un máximo de diferencia en la conducta recíproca, por ejemplo, la relación entre padres e hijos (cuando éstos son pequeños) o la relación entre maestro y alumno. Estas relaciones complementarias, por su misma naturaleza, suponen una posición desigual entre sus miembros: por decirlo así, uno siempre está en una posición superior respecto del otro. Esta desigualdad resulta complementaria y mutuamente definitoria de la relación. Desde el punto de vista clínico, muchos conflictos relacionales tienen su origen en el hecho de que un participante no acepta la propuesta de definición de relación que hace el otro. O incluso cuando la relación se ha definido siempre de una manera, en la vida real, las relaciones no son rígidas sino cambiantes, en función de los contextos y de la evolución personal, por lo que están sometidas a posibles redefiniciones. Por ejemplo, la relación entre un jefe y su empleado puede ser simétrica mientras están tomando café y complementaria mientras están en la oficina. Las

relaciones padres-hijos son absolutamente complementarias cuando éstos nacen para pasar a ser progresivamente simétricas cuando crecen, y tienden a invertirse cuando los padres envejecen y precisan de los cuidados de sus propios hijos.

Los principios básicos que hemos expuesto hasta aquí se formularon originalmente durante las décadas de los cincuenta y sesenta. Pero ya hemos comentado cómo a partir de entonces se produjo una gran expansión del modelo sistémico, que adoptó también la forma de una diversidad de escuelas y enfoques de tratamiento. Hemos optado por introducir en la sección de método las particularidades de estas escuelas.

3.5.3. *Método terapéutico*

Dentro del modelo sistémico los síntomas se consideran expresiones disfuncionales del sistema familiar, de forma que se denomina *paciente identificado* al miembro de la familia que presenta el síntoma o problema. La solución del problema se encuentra supeditada al cambio en los patrones disfuncionales de interacción familiar. Y los procedimientos utilizados para modificarlos son muy diversos y varían en función de las escuelas. Entremos, pues, en su descripción.

— *Las principales escuelas sistémicas*

Gutiérrez, Escudero y Álvarez (1989), en un alarde antológico, identifican más de sesenta etiquetas de sistemas que incluyen la palabra «terapia familiar». En nuestro caso no podemos pretender ser exhaustivos, ni tampoco emprender la compleja tarea de elaborar una síntesis integradora (como sugieren Gutiérrez *et al.*, 1989). Nuestra sistematización es necesariamente limitada al incluir sólo aquellos enfoques que consideramos más representativos. Pero, por otro lado, coincide con la visión de Keeney y Ross (1985) y la de Navarro (1992) de tres escuelas predominantes, que pasamos a describir.

La *escuela interaccional del MRI* (Mental Research Institute) se identifica con la segunda generación de investigadores de Palo Alto, cuya orientación principal queda recogida en la obra *Cambio* de

Watzlawick, Weakland y Fisch (1974), y su propuesta sistematizada de terapia breve (Weakland *et al.*, 1974). Estos autores parten de la concepción de que el cambio terapéutico no es esencialmente distinto de las continuas transformaciones que sufren los sistemas en su evolución. La máxima de esta escuela es que «la solución es el problema». Con ello quieren indicar que los problemas que llegan a consulta psicológica son el resultado de una dificultad (definida por alguien como problema) y la aplicación de una supuesta solución (o serie de soluciones) que no ha(n) servido para resolverlo sino que han tenido el efecto pragmático de obstaculizar el proceso normal de transformaciones de la persona, cristalizándolo en un problema. Su intervención se dirige fundamentalmente a investigar la funcionalidad de la conducta problema para cortocircuitar el proceso cibernético de *feedback* del que forma parte. En este proceso se intenta neutralizar la solución aplicada al problema, por parte de uno o varios miembros de la familia, y que, en realidad, contribuye a perpetuarlo.

Pero esta intervención no pretende ser sólo superficial sino afectar a las estructuras del sistema. Así, los cambios que no suponen una modificación de la estructura del sistema y de su funcionamiento cibernético se denominan «cambios-1», mientras que aquellos que afectan a los parámetros del sistema, se consideran «cambios-2». De esta forma, las soluciones aplicadas por la familia (y a veces por los profesionales) son vistas como meros cambios-1 o «más de lo mismo» que no hacen más que agravar el problema, mientras que los cambios-2 suponen su resolución. En efecto, los cambios-1 suelen ser fruto de la misma lógica que ha generado el problema y, con frecuencia, adoptan la forma de intentar hacer lo contrario de aquello en lo que consiste el síntoma; por ejemplo, la paciente bulímica que, después de saciar un «ataque de hambre», se promete a sí misma que seguirá una dieta estricta y no volverá a comer hasta el día siguiente. En este caso, el intento de cambio está regulado por el mismo parámetro de pensamiento dicotómico y extremo que rige el problema.

Vemos, pues, que las soluciones comúnmente aplicadas a las dificultades humanas se rigen en muchas ocasiones por el sentido común (la lógica de contraponer a una desviación su opuesto para compensarla). Pero para lograr cambios-2 los terapeutas interaccionales emplean intervenciones paradójicas (véase más adelante) que

contradicen el sentido común. Aunque muy discutidas, se supone que estas intervenciones tienen el valor de producir cambios-2 en períodos relativamente breves de tiempo. Por otro lado, hay que señalar que el equipo interaccional del MRI ha resaltado la necesidad de proponer este tipo de prescripciones con una racionalidad definida, de acuerdo con el marco referencial de la familia (premisas o parámetros semánticos del sistema): «La táctica elegida ha de traducirse al propio "lenguaje" de la persona, es decir, se le ha de presentar en una forma que utilice su propio modo de conceptualizar la "realidad"» (Watzlawick *et al.*, 1974, pág. 139). Ello supone una reestructuración cognitiva que a veces acompaña a la prescripción paradójica, pero que se puede utilizar por sí misma (véase más adelante). Sin embargo, esta escuela tiene un fuerte acento pragmático y la intervención semántica se incluye como acompañamiento necesario para el cumplimiento de una tarea, más que como eje de intervención en sí mismo.

La escuela del MRI se conoce también dentro del campo de las terapias breves por plantearse su trabajo en diez sesiones, con cierta independencia del tipo de trastorno (Weakland *et al.*, 1974). Su enfoque de la terapia ha influido también en otros grupos de terapia breve como el del Brief Family Therapy Center de Milwaukee (De Shazer, 1982; 1985) y el más reciente enfoque centrado en las soluciones de O'Hanlon y Weiner-Davis (1989).

La *escuela estructural/estratégica*, calificada por Keeney y Ross (1985) como la tríada social, agrupa las aportaciones de dos destacados líderes del movimiento sistémico: Jay Haley y Salvador Minuchin. De hecho, ambos autores trabajaron juntos por un tiempo en la Philadelphia Child Guidance Clinic (centro base del segundo) compartiendo sus ideas, por lo que no es de extrañar esta agrupación. En el núcleo de estas escuelas está la consideración de la dinámica interaccional que se da en los sistemas triádicos. Por supuesto, las familias lo son, y las parejas a veces tienen su tercer (o cuarto) elemento en sus familias de origen (p.ej., suegra).

Sus nociones principales son sencillas pero potentes. Principalmente, postulan que los sistemas se organizan en forma de alianzas y coaliciones, lo que requiere un mínimo de tres miembros. La alianza supone la proximidad de dos (o más) miembros, en contraste con un tercer miembro, que se sitúa más distante. Cuando esta proximidad se constituye en contra del tercero se considera coalición. Haley

(1976) habla de triángulos perversos cuando se refiere a coaliciones entre miembros de distinta generación, por ejemplo, de un progenitor y su hijo en contra del otro progenitor. Este tipo de estructura dificulta el crecimiento del hijo que concentra sus energías en la lucha de sus progenitores por el control del sistema, en lugar de aprovecharlas para su propio desarrollo personal. Las coaliciones, por ser negadas, son mucho más difíciles de detectar en la entrevista que las alianzas, que son abiertas y fruto de las similitudes y proximidades humanas.

Para Minuchin (1974) los subsistemas familiares tienen límites interiores, y a su vez la familia tiene sus fronteras con el exterior. Estos límites o fronteras pueden ser difusos, rígidos o claros. La familias aglutinadas tienen límites muy difusos entre los subsistemas y fronteras más bien rígidas, de forma que es difícil mantener la individualidad dentro de la familia, a la vez que comprometerse mucho con el exterior. Los problemas de uno lo son de todos. Metafóricamente (y a veces literalmente), es una familia de puertas abiertas, donde cerrarlas está mal visto. Las familias desligadas tienen límites y fronteras rígidas de forma que es difícil compartir lo suficiente, existe excesiva individualidad y a veces algunas necesidades afectivas quedan por satisfacer. Teniendo estas ideas en mente Minuchin (1974) dibuja los llamados mapas estructurales de la familia, que delinean los límites de los distintos miembros de la familia, dibujándose así las alianzas y coaliciones.

Entre las técnicas utilizadas, Minuchin (1974; Minuchin y Fishman, 1981) sugiere que en una primera fase hay que conseguir «entrar» en el sistema mediante la unión y acomodación (*joining*), que puede materializarse en los procedimientos de rastreo (recogida de información interaccional), mantenimiento (respeto de la reglas actuales del sistema) y mimetismo (potenciación de algunos elementos de similitud entre el terapeuta y la familia por medio verbal o no verbal). Una vez el terapeuta se ha ganado cierta confianza de la familia, y conoce sus canales de comunicación y sus estructuras, puede utilizar las técnicas de reestructuración. Una de las principales es el desafío de las definiciones dadas en la familia, entre las que se incluye el rol del paciente identificado, cuestionando así su visión de la realidad. Por ejemplo, pensemos en un niño de unos tres años que comienza a llorar en el transcurso de la sesión. La familia puede interpretar esto como un fastidio y, en último término, como una

falta de competencia de la madre, que no puede hacer callar al niño. Pero el terapeuta puede utilizar exactamente los mismos hechos (el llanto del niño) otorgándoles un valor positivo: «Bueno, también él tiene algo que decir aquí». Al intervenir de este modo, el terapeuta está proponiendo una reformulación positiva del llanto del niño y a la vez le está otorgando el papel que merece, en el sentido de que un niño de tres años requiere mucha atención por parte de los padres. Mediante la *redefinición* positiva del síntoma se intenta proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos, que ponga en duda las estructuras del sistema.

La *prescripción de tareas* conjuntas para varios miembros de la familia en ocasiones se pone al servicio de la promoción de alianzas alternativas a las existentes, en lo que se denomina reelaboración de límites. La *desequilibración* es una de las técnicas más arriesgadas al requerir que el terapeuta forme una alianza intensa con un subsistema de la familia para obligar a una reestructuración de límites.

Haley (1973, 1976) y su colega Madanes (1981) añaden a este conjunto de técnicas el uso de las intervenciones paradójicas. De especial interés es la aplicación del enfoque estratégico de Haley (1980) con los trastornos de la adolescencia, con especial mención a la delincuencia, esquizofrenia incipiente y drogadicción. A su vez, la escuela estructural ha mostrado su efectividad en el campo de los trastornos infantiles en general, y en los psicosomáticos en particular (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Onnis, 1985).

La *escuela de Milán*, a menudo conocida como escuela sistémica (denominación que no adoptamos por confundirse con el modelo más general), apareció más tarde que las anteriores (finales de los años sesenta) de la mano de Mara Selvini-Palazzoli y sus colegas, y tuvo gran repercusión con la publicación de *Paradoja y contraparadoja* (1975) (especialmente con su traducción al inglés en 1978). En su primera época Selvini *et al.* (1975) proponen un modelo de intervención para familias de transacción rígida. Su punto de partida son los trabajos de Bateson (1972) y el grupo de Palo Alto, con su enfoque comunicacional y cibernético. Así pues, se ve a la familia como un sistema cibernético autorregulado, en el que todos sus elementos están interconectados y donde el problema que se presenta a consulta cumple una determinada función dentro de la lógica interna del sistema.

Este equipo vinculado al Centro per il Studio della Famiglia de

Milán se ha definido más como un centro de investigación del proceso terapéutico (centrado en el estudio exhaustivo del caso único) que como un centro terapéutico. Así, muchas de las formulaciones de sus conceptos clínicos iniciales se han ido sustituyendo después del análisis de sus efectos terapéuticos en un número suficiente de casos. Un claro ejemplo de ello es su última obra, *Los juegos psicóticos en la familia* (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1988), o bien la recopilación de las obras completas de Mara Selvini-Palazzoli (Selvini, 1988) que explicitan claramente su evolución y muestran el proceso de revisión continua y contrastación empírica a la que someten sus hipótesis, aunque sus estudios disten aún de la experimentación controlada. La principal característica de esta escuela es su adecuación para el tratamiento de familias con organización muy rígida (descritas como de «transacción psicótica»). La aplicación de sus métodos terapéuticos se ha dado mayormente con dos trastornos: la anorexia y los trastornos psicóticos. De particular interés es el estudio, por parte de este equipo, de los derivantes y de su vinculación con el sistema.

Ya desde el mismo contacto para la petición de consulta, el equipo de Milán comienza a recoger información mediante una ficha telefónica para elaborar una hipótesis circular. Esta hipótesis contiene información relativa a la función específica que para cada miembro de la familia cumple el síntoma del paciente identificado. Ya en el contacto telefónico se pueden dar elementos orientativos acerca de las expectativas que tiene la familia del tratamiento (a veces relacionadas con el mensaje que ha dado el derivante) y, por tanto, de sus parámetros organizativos. Así, la terapia comienza por parte del equipo con una hipótesis previa acerca de los motivos por los que la familia busca ayuda, lo que espera del equipo en función de su estructura actual. Esta hipótesis inicial se revisa en el transcurso de la sesión, de modo que gran parte de las preguntas del terapeuta van dirigidas a confirmar o refutar la hipótesis inicial (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1980). A menudo estas preguntas son circulares, es decir, basándose en la noción batesoniana de que «la información es una noticia de diferencia» (Bateson, 1972), el equipo de Milán formula preguntas con la finalidad de investigar las diferencias o las definiciones de relación entre los miembros de la familia (véase más adelante).

El uso del espejo unidireccional permite asegurar en gran medida el logro de la condición de neutralidad del terapeuta respecto de la familia, considerada como indispensable. Ello supone el manteni-

miento de una «meta-posición» con respecto a la familia, que permite mantener al terapeuta en una posición de experto desde la que sus comentarios e intervenciones adquieren especial relevancia. Una de las intervenciones más características que siguen a la pausa de la sesión (en la que el terapeuta consulta con el equipo) es la de la *connotación positiva* del síntoma (a menudo en términos de generoso sacrificio) y del contexto relacional donde adquiere su funcionalidad para cada uno de sus miembros. Esta intervención sienta las bases para la prescripción paradójica. En efecto, si lo que está pasando en la actualidad tiene un valor positivo, mejor no cambiar y persistir con los síntomas. Esta intervención tiene a menudo un fuerte componente provocativo que cortocircuita los patrones interaccionales del sistema e impide la funcionalidad previa del síntoma. Puesto que la familia se siente mal con el síntoma, se encuentra con el dilema de confirmar la visión del equipo terapéutico y no cambiar, o bien descalificarlo cambiando. Esta modalidad de terapia trabaja con un contrato de unas diez sesiones, pero con un intervalo mensual, para dar tiempo a la familia a digerir el input provocativo del equipo.

A partir del análisis profundo de algunos de sus fracasos, este equipo en su evolución posterior experimentó con la prescripción invariable, un programa de tratamiento aplicado de forma estandarizada para todos los casos de transacción rígida. Los resultados de aplicar este tratamiento de forma homogénea les permitió un análisis pormenorizado de la reacción característica que provoca en cada uno de los miembros de la familia, y en las distintas familias, conocimientos que permitieron su formulación de la teoría de los juegos psicóticos (véase Selvini-Palazzoli *et al.*, 1988).

Aunque estas tres escuelas han desarrollado modos de actuación terapéutica diferentes, los trasvases de un modelo a otro han sido muy frecuentes. Por ejemplo, la escuela interaccional y la escuela estructural, en la práctica, resultan complementarias, como la obra de Haley (terapeuta que indistintamente aparece catalogado en uno u otro enfoque) muestra claramente. En este sentido, la escuela de Milán parece haber funcionado como una especie de «centro espiritual» en el sentido de inspirar nuevas ideas y a la vez mirar desde lejos (desde Europa) los desarrollos americanos poniendo en juego sus derivaciones teóricas, mostrando sus insuficiencias y limitaciones. De hecho, la escuela de Milán se ha definido a sí misma como un centro de investigación más que como un centro terapéutico, aunque

sus directrices han guiado la práctica de otros centros importantes en Europa, como el de la Universidad de Heilderberg en Alemania, cuyo director, Stierlin, reconoce sus deudas con los italianos.

Como se puede deducir de lo expuesto hasta ahora, las intervenciones sistémicas no pretenden modificar directamente las conductas problemáticas. Por ejemplo, en el tratamiento de un caso de bulimia la terapia no estaría centrada en intentar modificar la conducta alimentaria (por ejemplo, implantando un programa de control de estímulos), sino en los parámetros de los cuales la conducta alimentaria disfuncional es parte integrante. En consecuencia, la evaluación de èstos parámetros que regulan la conducta adquiere una dimensión crucial en este tipo de enfoques. Dicha evaluación parte del supuesto de que la conducta disfuncional es una expresión de patrones de interacción interpersonal disfuncionales. Para conocer estos patrones los terapeutas sistémicos han confiado más en la formulación de hipótesis iniciales y la puesta a prueba de las mismas en el transcurso de la interacción terapéutica que en la utilización de instrumentos tradicionales de evaluación psicológica. Varias son las razones que explican esta limitación en la utilización de los instrumentos diagnósticos tradicionales. Una de ellas reside en que la propia búsqueda de un diagnóstico formal puede ser una de las formas en las que la familia intenta confirmar el carácter desviado del paciente identificado, legitimando oficialmente su desviación. Tal diagnóstico formal, si se comunica a la familia después de una fase de exploración y pase de pruebas, podría ser utilizado por ésta para legitimar su posición: «En efecto, Pepa es anoréxica, lo ha dicho el doctor». Por esta razón, los terapeutas sistémicos nunca preguntan «cuándo se convirtió Pepa en anoréxica», sino «cuándo decidió Pepa comenzar a hacer una huelga de hambre». Ésta es una forma de intentar no contribuir a la reificación de entidades. Muchas familias están dispuestas a pagar al psicólogo para conseguir una legitimación formal de su exculpación en la génesis y mantenimiento del problema.

Otra razón que contribuye a explicar el escaso eco que los planteamientos diagnósticos tradicionales han tenido sobre la terapia familiar reside en la suposición de que las relaciones se manifiestan en el aquí y ahora. Dicho de otro modo, sea cual fuere la relación que hay entre A y B vamos a poder verla en la realidad, es decir, en el transcurso de la sesión. A este fin, los terapeutas familiares han creado procedimientos de evaluación *in situ*. En algunos casos, como

en la escuela de Milán, la evaluación comienza desde el momento del primer contacto telefónico, en el que se recoge información para comenzar a elaborar una hipótesis circular. Stierlin y sus colegas de la Universidad de Heilderberg les piden a las familias que contesten a unos cuestionarios sobre la situación familiar y los principales acontecimientos familiares durante las últimas tres generaciones; esta información, de igual modo, sirve para formular las primeras hipótesis circulares.

En el contexto de esta evaluación los terapeutas familiares han introducido una de las innovaciones tecnológicas más interesantes ocurridas en la psicoterapia actual: el uso de un espejo de visión unidireccional. Por lo general, uno o dos terapeutas entrevistan a la familia y, en la sala continua, tras el espejo de visión unidireccional, se halla un equipo. El equipo puede hablar con el terapeuta por medio de un intercomunicador. Este formato permite que el equipo alcance una distancia suficiente respecto a la familia, pudiendo así observar detenidamente lo que sucede en el transcurso de la terapia. También facilita que el terapeuta se mantenga en su rol de experto y, por último, posibilita la revisión *in situ* de las hipótesis circulares mientras se las pone a prueba. En consecuencia, esta situación estimula una visión múltiple del mismo proceso terapéutico, hecho que abre un nuevo abanico de posibilidades a la intervención terapéutica.

En general, los tratamientos en terapia familiar suelen tener un número reducido y limitado de sesiones. En la mayoría de los casos las sesiones no suelen ser más de veinte y su frecuencia es variable, pero la duración global del tratamiento no suele exceder de los dos años. Como resulta evidente, este formato terapéutico supone una visión muy diferente de la relación terapéutica y del proceso terapéutico. Los problemas clásicos de la relación terapéutica (p.ej., relaciones transferenciales), si se producen se plantean de una forma diferente al darse en el contexto de la familia, aunque ello depende del propio proceso de evolución familiar y del formato terapéutico específico.

— *Recursos técnicos*

Los terapeutas sistémicos han empleado una gran cantidad de técnicas terapéuticas y su revisión detenida queda más allá de nuestro

alcance (véase p.ej., Navarro, 1992). Además, en este enfoque no se enfatizan las técnicas *per se*, sino la estrategia a la cual sirven, y ésta resulta del estudio minucioso de la situación de la familia. A continuación ilustraremos algunos de los procedimientos más característicos de la psicoterapia sistémica.

La *reformulación* puede adquirir muchas formas concretas (redefinición, connotación positiva, reestructuración, etc.), pero todas ellas tienen en común el que se trata de cambiar el marco conceptual o emocional en el cual se produce una situación. Se intenta introducir un nuevo contexto en el que los hechos puedan explicarse de un modo alternativo. Para que la reestructuración sea eficaz el terapeuta debe tener en cuenta el punto de vista, las expectativas, los motivos... de los actores que están implicados en la situación; en este sentido, puede ser conveniente que el psicoterapeuta adopte el lenguaje del paciente (Watzlawick *et al.*, 1974). Epistemológicamente, Bateson ha descrito la reestructuración como el intento de cambiar la pertenencia de un objeto a una clase.

El *uso de la resistencia* al cambio con propósitos terapéuticos es otra de las grandes aportaciones de los terapeutas sistémicos. Esta visión de la resistencia se debe, en gran medida, a la obra de M. Erickson, creador de la moderna hipnoterapia sin trance (muy estudiada y difundida por los terapeutas sistémicos). Para exponer el uso típico de la resistencia utilizaremos un ejemplo común en psicoterapia. Algunas personas acuden a un psicoterapeuta no para solucionar su problema, sino para mostrarse a sí mismos que pueden «derrotar» al experto y que su problema es tan especial que no tiene solución. Al mismo tiempo piden una solución inmediata y definitiva. Estos casos suelen conducir a callejones sin salida porque el cliente reclama consejos explícitos, ante los que replica con incontables excusas sobre por qué el consejo no se aplica a su caso. Así, además de su problema tiene que soportar el no recibir ayuda lo suficientemente «buena». Esta situación puede prolongarse *ad infinitum* y el cliente puede adoptar, a modo de segundo oficio, el cambiar de psicoterapeuta comprobando una vez tras otra que todos son ineficaces por igual. Aunque esta descripción pueda parecer exagerada, estos casos no son infrecuentes en la práctica. Desde el punto de vista terapéutico, este círculo vicioso puede empezar a ser puesto en tela de juicio en el momento en que el terapeuta abandona el plano del sentido común —atender a las peticiones de ayuda explícita del cliente— y plantea la

pregunta de «¿por qué tiene usted que cambiar?». Una pregunta de este estilo se dirige al fundamento mismo del juego del cliente y, de entrada, cambia todo el sentido de la situación. En efecto, su juego tiene como premisa fundamental que la labor del psicoterapeuta es atender las demandas de sus clientes y solucionarles sus problemas si quiere conservar su autoestima profesional. Cuando el psicoterapeuta cuestiona esta premisa, bien con el tipo de pregunta que hemos planteado más arriba, bien con la expresión de sus dudas acerca del beneficio que pudiera obtener de la psicoterapia después de todos los fracasos anteriores, está comportándose de un modo en que no entra en las reglas de juego del paciente y a la vez las pone en entredicho. Esta forma de utilizar la propia resistencia del paciente se ha comparado con las llaves de judo en las que se consigue una victoria utilizando la propia fuerza del enemigo.

Desde el punto de vista teórico, el tema de la resistencia apunta hacia el problema de conocer el (posible) valor funcional del síntoma en el contexto de la vida del paciente. Por ejemplo, en el caso que hemos utilizado más arriba, la satisfacción de haber «vencido» una vez más a un experto (confirmación de lo que posiblemente es la única fuente que posee el paciente para derivar un sentido de unicidad) puede ser más «vital» para el funcionamiento de su sistema que el cambio en unos patrones de comportamiento. Estos patrones aparecen como desviados, absurdos, patológicos, irracionales, etc. desde el punto de vista del sentido común —esto es, el punto de vista de los otros—, pero tienen un valor funcional en la particular estructura del sistema del cliente. Técnicamente, este tipo de reflexiones ha dado lugar a lo que se conoce como *intervención paradójica*. Consiste en que el «experto» prescriba de un modo controlado y específico aquello mismo que constituye el problema. Puede tomar las siguientes formas:

1. Petición de cambio lento. El terapeuta sugiere que son más convenientes los cambios pequeños que los grandes, y advierte de los peligros de cambiar muy deprisa.
2. Prescripción de no-cambio. El experto en salud mental afirma que no es deseable un cambio, y, por tanto, que la situación es aceptable tal como está y no precisa aplicar ninguna solución especial.
3. Prescripción del síntoma. Instrucción de que se desarrolle el

síntoma en unas coordenadas situacionales determinadas. Con ello, se logra que el síntoma se juzgue desde parámetros distintos (los de la prescripción terapéutica) de los habituales. Es una forma efectiva de cortocircuitar su funcionalidad, mediante la acción de evitar las (pseudo)soluciones que el sistema normalmente aplica.

Aunque los orígenes de esta técnica se remontan a Adler y la logoterapia de Frankl, su utilización en el seno de la terapia sistémica se justifica en base a presupuestos comunicacionales: la paradoja terapéutica (el mensaje «no cambie» dicho por un agente de cambio) como respuesta a la comunicación paradójica de la demanda terapéutica («ayúdeme a cambiar, pero no cambie nada» o «ayúdeme, pero mi problema no tiene solución»). Después de algunos años de práctica con este procedimiento, hoy sabemos que se trata de un procedimiento poderoso que puede ser muy beneficioso, pero también muy perjudicial, y que en ningún caso debe utilizarse sin haber realizado un minucioso análisis del valor funcional de los procesos de resistencia y una consideración de sus posibles efectos perjudiciales (véase Selvini-Palazzoli *et al., 1988)*.

Otro procedimiento común en las terapias sistémicas es la *prescripción de tareas* que la familia debe seguir. Éstas pueden tener varias finalidades terapéuticas. Por ejemplo: pueden utilizarse para a) intentar que los miembros de la familia se comporten de un modo diferente, b) intensificar la relación entre el terapeuta y la familia, y c) obtener información. Las directrices que utilizan los terapeutas sistémicos pueden dividirse en dos tipos: a) aquellas que indican a los clientes lo que deben hacer con la expectativa de que lo cumplan, y b) aquellas que indican a los clientes lo que deben hacer con el propósito de que no lo cumplan, esto es, de que se produzca un cambio por la vía de la rebelión. Otra distinción importante que se ha introducido en este tema es aquella que distingue entre a) que el terapeuta pida al cliente que deje de hacer algo, y b) que el terapeuta pida al cliente que haga algo diferente.

Otro recurso que también proviene de la moderna hipnoterapia de M. Erickson es la *ilusión de alternativas*. Este procedimiento surge de la observación de la interacción entre los miembros de familias esquizofrénicas. Consideremos, por ejemplo, el siguiente fragmento

descrito por el grupo de Palo Alto acerca de una interacción entre una madre y una hija esquizofrénica:

Madre: No estoy enfadada porque hables así. Sé que realmente no piensas lo que dices.
Hija: Pero sí que lo pienso.
Madre: Pero querida, sé que no piensas tal cosa. No puedes valerte por ti misma.
Hija: Puedo valerme por mí misma.
Madre: No, querida, yo sé que no puedes, porque estás enferma. Si olvidara por un momento que estás enferma me enfadaría mucho contigo.

En esta secuencia queda claro que, dado el comportamiento de la madre, a la hija sólo le quedan dos alternativas: ser demente o ser insolente. Técnicamente, se produce una ilusión de alternativas cuando se dan a elegir dos posibilidades, sugiriendo que no son posibles otras alternativas. Erickson narra un caso de un niño que tuvo que ayudar a su padre en los trabajos de una granja y cómo su padre le dejaba elegir libremente entre dos alternativas: «dar de comer primero a los cerdos o a las gallinas». La ilusión de alternativas está aquí creada por la palabra «primero». De igual modo, en terapia se puede dar a elegir al paciente el momento en que va a contar un hecho traumático; por ejemplo, se puede decir: «Usted puede elegir entre contármelo ahora o contármelo después». Ésta es una técnica común en la inducción de un trance hipnótico, en el que el hipnoterapeuta puede, por ejemplo, decirle al paciente: «Si está dispuesto a entrar en trance hoy, levante su mano derecha, si no, levante su mano izquierda».

El *uso de analogías* es otro procedimiento común en la terapia sistémica, que igualmente tiene sus orígenes en la obra de M. Erickson. En este caso, el terapeuta elige hablar de un problema que tiene una similitud metafórica con el problema presentado por los clientes, pero que en su secuenciación es idéntico al problema que atraviesan los clientes. Ésta es una forma indirecta de abordar la resistencia.

Recientemente, a partir de la noción de organización circular (o recursiva) de la interacción humana, los terapeutas sistémicos han desarrollado la técnica del *cuestionamiento circular*. El punto de partida de esta técnica es la noción de Bateson de que «la información es

una diferencia que produce una diferencia». Si esto es así, se sigue que la información sólo puede generarse por medio de un proceso de diferenciación. Para contribuir a dicho proceso, el terapeuta adopta una forma de preguntar en la que selecciona ciertos fenómenos, los pone en relación unos con otros, los compara y los distingue. Por supuesto, para que esta técnica sea eficaz es necesario que las preguntas sean muy precisas, que estén basadas en la comprensión (hipotetización) de la dinámica familiar y que se realicen en el momento oportuno. A continuación, en la tabla 19 se recogen algunos ejemplos de preguntas circulares.

Tabla 19. *Ejemplos de preguntas circulares* (adaptado de Stierlin y Weber, 1989)

— Preguntas sobre rasgos distintivos: ante la aparición de un rasgo distintivo en la descripción de la conducta se puede preguntar por su opuesto; por ejemplo: «¿Qué es lo que le hace notar que X *no* está desafiándole?».

— Situar los rasgos «en movimiento»: se trata de situar los rasgos individuales, percibidos como estables y permanentes, en movimiento; por ejemplo: «¿Cómo tiene que comportarse X para que su padre piense que es tonta?».

— Contextualización: se trata de preguntas que pretenden mostrar que la conducta es dependiente del contexto; por ejemplo: «¿En qué situaciones se observa la conducta Y?». «¿Quién está presente?». Etc.

— Revelación de condicionamientos mutuos por medio de descripciones dobles: estas preguntas se utilizan para revelar los condicionamientos recursivos inherentes a la conducta. El objetivo es que todos los participantes se definan como contribuyentes a la situación, de modo que la división entre víctimas y opresores no pueda producirse; por ejemplo: «X imagina que quieres que tu hermano se preocupe más por ti, ¿qué harías?».

— Introducción de la dimensión temporal en características percibidas como estables: aportar una perspectiva temporal contribuye a relativizar los hechos; por ejemplo: «¿Hasta cuando va X a posponer la realización de sus propias metas?».

— Introducción de patrones diferenciales en la relación: éstos pueden referirse a diferencias en la relación entre el pasado y el presente, diferencias en cantidad (más menos) o en calidad (mejor o peor); por ejemplo: «¿Quién puede hacer que X se lleve mejor (hable más) con su hermana?».

— Escalamientos: éstas son preguntas sobre diferencias cuantitativas en actitudes o conductas; por ejemplo: «¿Quién es el que está más preocupado por la enfermedad de X?».

— Preguntas triádicas: se trata de preguntar a una persona sobre la relación existente entre otras dos. Estas preguntas facilitan la toma de perspectivas sobre los patrones y procesos relacionales; por ejemplo: «¿Cómo ve la relación entre su marido y su madre?».

— Peticiones de acuerdo: se trata de preguntar a un miembro de la familia si está de acuerdo o no con lo que otro ha dicho; de este modo se obtiene también información acerca de la relación entre ambos; por ejemplo: «¿Crees que X está más de acuerdo con la evaluación hecha por tu padre o con la hecha por tu madre?».

— Preguntas sobre cambios en las relaciones: con estas preguntas se intenta poner en relación cambios en las relaciones con sucesos específicos; por ejemplo: «¿Cómo afectó a las relaciones familiares el hecho de que X se marchara de casa?».

— Preguntas sobre las explicaciones familiares: se trata de preguntas sobre los significados individuales y/o colectivos que funcionan en la familia como explicación de los síntomas; por ejemplo: «¿Qué explicación encuentra para que su padre desarrollara sus problemas cardíacos exactamente cuando lo hizo?».

— Preguntas sobre los valores individuales y familiares: aquí se hace referencia a las diferencias y similitudes en relación con temas tales como la moral, la política, etc.; por ejemplo: «¿Quién está más cerca de compartir la idea de que hay que sacrificarse siempre por los demás?».

— Preguntas que enfaticen los recursos: son preguntas encaminadas a mostrar que existen otros modos de conducta disponibles en la situación; por ejemplo: «¿Cómo reaccionaría su padre si en el futuro su madre dejara de ocultar su inteligencia?».

— Preguntas hipotéticas: se utilizan para intentar ofrecer realidades alternativas. Imaginar situaciones posibles, en el pasado o el futuro, contribuye a poner las cosas en perspectiva; por ejemplo: «¿Qué pasaría si en cinco años todo permanece tal como está?».

El conjunto de procedimientos descritos hasta aquí, sin ser exhaustivos, ilustran la riqueza técnica del modelo sistémico y su enorme potencial terapéutico. El enfoque sistémico de los problemas clínicos resulta a veces especialmente indicado para casos a los que no se llega desde otros modelos, o en los que otros enfoques ya han fracasado. También hay que destacar el reducido número de sesiones con que se trabaja (menos de 20 por lo general). Sin embargo, ello no garantiza un éxito en todos los casos.

3.5.4. *Desarrollos actuales*

Los conceptos y metodología terapéutica que acabamos de describir se centran, en grado distinto, en la comprensión del problema de acuerdo con los parámetros de funcionamiento del sistema familiar. Se pretende comprender la conducta problema en el contexto de una secuencia de conductas de los otros miembros de la familia en la cual el problema adquiere su funcionalidad. Sin embargo, a finales de los años setenta empezó a aparecer un interés peculiar y característico en el campo de la terapia familiar por la epistemología, propiciado en parte por los últimos escritos de Bateson (1972, 1979) y también por la influencia de los epistemólogos constructivistas Maturana, Varela, von Foerster y von Glasersfeld (véase Feixas y Villegas, 1990).

Desde los inicios del pensamiento sistémico, lo que hoy se denominan indistintamente *ciencias sistémicas o cognitivas* (tales como la cibernética, la teoría del autómata, la teoría de la comunicación, la teoría de la información y la teoría de los juegos) se han desarrollado considerablemente. Aunque estas ciencias son conocidas principalmente por sus derivaciones tecnológicas (en las que se sustenta la «revolución tecnológica» que ha cambiado el ritmo de nuestras vidas), sus aportaciones en el plano conceptual han sido también considerables. Estos autores han contribuido al desarrollo de una nueva concepción epistémica de la relación entre lo observado y el observador. En contraposición a la concepción de la realidad como un orden inequívoco e independiente del observador, las nuevas ciencias sistémicas (o cognitivas) conciben la realidad como un conjunto de procesos interconectados y multidireccionales que simultáneamente se encuentran articulados en distintos niveles de interacción y son mutuamente irreductibles entre sí. Paralelamente, en contraposición a la concepción del observador como un mero receptor pasivo de un orden inequívoco, real y externo, el observador es visto como un ente que, con su misma observación, introduce un orden por medio del cual las múltiples y simultáneas interacciones adquieren, a sus ojos, un carácter inequívoco (Guidano, 1991).

Esta «revolución metodológica» se encuentra en el origen de los planteamientos terapéuticos sistémicos y es retomada con una fuerza renovada con el nuevo aire constructivista (Feixas y Villegas, 1990). Quizá su aspecto esencial reside en el esfuerzo por contrarrestar la

reificación de entidades, implicada en la utilización común del verbo «ser». Por ejemplo, cuando se dice «Pepa es anoréxica» se está haciendo un planteamiento del problema de Pepa que presenta la anorexia como una propiedad individual, intrínseca al ser de Pepa, y no como una consecuencia del comportamiento de Pepa. En otras palabras, para decir que Pepa es anoréxica hace falta que sucedan dos cosas: a) que Pepa se comporte de cierta forma, y b) que esa forma de comportarse sea etiquetada como anorexia. Los terapeutas sistémicos suelen distinguir escrupulosamente entre estos dos niveles de análisis y, en consecuencia, intentan «disolver» las propiedades individuales en elementos de un proceso circular e interaccional en el que existen tanto expresiones conductuales como etiquetas de esas expresiones vinculadas a un contexto de interacción.[53] Este poderoso efecto de la etiqueta había sido denunciado ya por Korzybski (véase Caro, 1990), e influyó también en Kelly (véase Feixas, 1990c).

Esta nueva óptica constructivista no se traduce en una nueva escuela de terapia sino en un cambio de orientación del movimiento sistémico, en el que participan representantes de varias escuelas (véase Feixas, 1991). En síntesis, el mayor cambio producido por la adopción del constructivismo ha sido el dejar el énfasis previo en las secuencias de conductas y centrarse en la atribución de significados (y etiquetas) compartidos por la familia. En otras palabras, el atreverse a entrar en la «caja negra» (término utilizado por los pragmáticos de los años sesenta que se interesaban únicamente por los patrones observables de interacción) y considerar como tarea central la explo-

53. Este planteamiento de los terapeutas sistémicos, inspirado en el pensamiento de Bateson (1972, 1979), no resulta tan extraño para la psicología si lo comparamos con la crítica al análisis disposicional de la conducta, realizada por autores como Weimer (p.ej., 1982). Para este autor, el análisis disposicional de la conducta es inherentemente ambiguo y, en el mejor de los casos, sólo puede ser fenomenológico y descriptivo, nunca explicativo. Bateson (1979), con su peculiar agudeza, ha realizado la misma crítica, por medio de lo que gráficamente denomina «principios dormitivos». Los denomina así a partir del ejemplo que utiliza para ilustrarlo: en un moderno diálogo platónico, una niña pregunta a su padre: «Papá, ¿por qué la gente se duerme cuando toma opio?» y el padre responde: «Pues, porque el opio tiene un principio dormitivo». Por supuesto que las tautologías no constituyen explicaciones de un fenómeno. Como Weimer (1982) lo ha expresado: «Las ciencias maduras son explicativas en lugar de descriptivas. La explicación consiste en hacer inteligible cómo y por qué los fenómenos dentro de un ámbito exhiben las propiedades que, descriptivamente, poseen» (pág. 336).

ración de premisas, mitos y creencias, como exponentes de estos significados compartidos.

Bateson se interesó particularmente por el estudio de las premisas implícitas que guían la adquisición del conocimiento y nuestra conducta. El término *premisa* fue introducido por Bateson (1979) como valor de referencia, principio o idea abstracta, que supone una programación a nivel profundo, fuera del alcance de la conciencia, que guía la conducta de la familia o pareja. Estas ideas o programas «llegan a ser nucleares o nodales dentro de las constelaciones de otras ideas» (Bateson, 1979), y, por tanto, dan cuenta de las conductas problema y de las asociadas al mismo. Por ejemplo, Bateson (1972) describió la premisa del alcohólico como «yo controlo la bebida» y la conducta de beber como una forma de ponerla a prueba. Cada nuevo intento de controlar la conducta adictiva deviene un prueba crucial en la que todo su ser se halla implicado. Sólo cuando el alcohólico «toca fondo» está dispuesto a cuestionar su programa o premisa básica.

Cecchin (en Boscolo *et al.*, 1987) afirma que «los mayores cambios en la terapia familiar vienen cuando consigues operar al nivel de las premisas profundas» (pág. 89). Penn (1985) también las considera centrales para generar un cambio en el sistema puesto que la premisa es «una idea contextual inclusiva de un sistema que parece organizar o limitar las conductas vinculadas al problema» (pág. 302). Así es que muchos de los procedimientos empleados por estos terapeutas, como por ejemplo el cuestionamiento circular, se plantean como formas de hacer explícitas y cuestionar las premisas familiares.

Esta visión constructivista sugiere que el cambio en la terapia implica la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema. De esta forma, Sluzki (1985) sugiere que el terapeuta deviene un «constructor de realidades» o alternativas más viables para la familia. Minuchin concuerda también con esta visión del cambio cuando afirma que «los pacientes acuden a terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en la modificación de esos constructos» (Minuchin y Fishman, 1981, pág. 84). Para Anderson y Goolishian (1988) el cambio en la terapia implica una reconstrucción de la historia que el sistema ha creado alrededor del problema. Así, la conversación se mantiene hasta que se crea una nueva «narrativa».

Esta nueva perspectiva se conecta a nuestro juicio con la tendencia constructivista de algunos modelos cognitivos. En este sentido queremos incluir aquí las aportaciones de Procter (1978, 1981, 1985a) en su extensión de la teoría de constructos personales de Kelly al ámbito familiar. Cada familia debe construir una realidad común, y Procter (1978, 1981) la designa Sistema de Constructos Familiares (SCF). Este sistema tiene las mismas propiedades que el Sistema de Constructos Personales descrito por Kelly en sus corolarios (véase Feixas, 1990a; Feixas y Villegas, 1990). En las propias palabras de Procter (1981):

> El Sistema de Constructos Familiares gobierna las secuencias de las elecciones que constituyen los patrones de interacción de los miembros de la familia. En el transcurso de los años los miembros de la familia van haciéndose cada vez más sensibles a las relaciones de los otros y se comportan conjuntamente como en una «danza» de anticipación mutua. Cualquier cambio en las elecciones habitualmente anticipadas de los otros miembros se experiencia como provocador de ansiedad y amenazador.

Puede considerarse que la formación del SCF se inicia en la negociación que permite a una pareja vivir juntos. El resultado de esta negociación depende de la compatibilidad de los sistemas de construcción de las familias de origen y de la implicación que los miembros de la pareja tienen con dichos SCFs.

Una de las ventajas del modelo de Procter es su capacidad para integrar muchas aportaciones de los terapeutas sistémicos, como la noción estructural de fronteras:

> En términos de constructos familiares, la claridad de una frontera depende de la existencia de un conjunto de constructos que distingan entre sistemas o subsistemas, situando individuos en cada uno de sus polos. Los constructos familiares pueden clasificarse como: 1) diferenciadores externos que sirven para distinguir los miembros de la familia de los miembros externos, o 2) diferenciadores internos, situados dentro de la frontera familiar principal. Estos últimos constructos gobiernan las relaciones alternativas que realizan los miembros familiares o los distintos roles complementarios que cada uno tiende a desempeñar (...).

Desde esta perspectiva, los conflictos familiares se ven como trastornos de negociación. El propósito de la terapia es ayudar a la familia a hacer una nueva construcción de los acontecimientos. La reconstrucción del SCF puede entenderse en el marco del funcionamiento de los sistemas de constructos a base de los ciclos de cambio descritos en la Teoría de Constructos Personales. Todos estos aspectos se han tratado en los textos citados de Procter donde este autor desarrolla más ampliamente su concepción de la terapia familiar (véase también Feixas, 1990a y c; 1991).

La aportación de Procter no es sólo teórica y terapéutica sino que incluye también un modelo de evaluación familiar basado en un diseño específico de la técnica de rejilla (Procter, 1985b; Cunillera y Feixas, 1990). Asimismo, no ha sido Procter el único autor en realizar una aportación a la terapia familiar o de pareja desde la óptica de los constructos personales (véase Feixas, 1992b, para una revisión exhaustiva de estas aportaciones teóricas, metodológicas y terapéuticas).

Sin embargo, no todos los terapeutas familiares han seguido esta tendencia constructivista (Haley, por ejemplo, presenta una frontal oposición), lo que lleva a Anderson y Goolishian (1988) a percibir el movimiento sistémico en una encrucijada entre aquellos que entienden la organización familiar en términos de alianzas de poder y conductas encadenadas funcionalmente, y los que consideran la familia como un sistema de creencias compartido en el cual tiene sentido el síntoma.

En términos generales, el modelo sistémico, sea en su vertiente pragmática o en la constructivista, ha tenido un desarrollo tremendamente expansivo en los últimos años y ha sido aceptado en muchos contextos tanto privados como públicos por su eficiencia y flexibilidad en tratar problemas de carácter muy distinto. A menudo se lo considera como alternativa cuando tratamientos individuales o de grupo han fracasado.

Un signo de esta «explosión sistémica» es que mientras en 1973 sólo había una revista dedicada al tema, en la actualidad existen unas dos docenas en varios países y lenguas del mundo. Gurman *et al.* (1986) informan que sólo en los Estados Unidos existen más de 300 cursos de formación, de los cuales más de la mitad se imparten en programas universitarios de posgrado o doctorado. En la década de los ochenta la cifra de psicoterapeutas que recibían formación en

terapia familiar sistémica se acercaba a los 15.000 anuales. Existen varias asociaciones profesionales sobre el tema, de entre las cuales destaca la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT), que en 1975 tenía unos 7.000 miembros y en 1986 llegaba a los 13.000. Actualmente la revista de esta asociación, el *Journal of Marital and Family Therapy*, es la más prestigiosa junto con *Family Process*. En nuestro país existe una revista titulada *Cuadernos de Terapia Familiar*, y una hispano-argentina titulada *Terapia Familiar*, además de cierto predominio de artículos sistémicos en la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* y en la *Revista de Psicoterapia*. Existen varias asociaciones de carácter regional, que han funcionado de modo informal desde 1977, y recientemente se ha constituido una confederación de ámbito estatal: la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.

Otro signo de expansión, pero en un sentido distinto, es la aplicación de los planteamientos sistémicos a la intervención escolar (p.ej., Selvini-Palazzoli *et al.*, 1977), en las organizaciones (p.ej., Selvini-Palazzoli *et al.*, 1981) y en las redes sociales (véase Navarro, 1991, para una revisión).

3.5.5. Formación del terapeuta

Existe en la actualidad una gran variedad de centros específicos para la formación de terapeutas sistémicos, por ejemplo, en Milán, Roma, Palo Alto, Heildelberg, por citar sólo los más famosos. En nuestro país, existen centros de formación sistémica en casi todas las ciudades importantes. Aunque el grueso de la formación en terapia familiar ha recaído en centros privados, en la actualidad se observa una tendencia a la incorporación de estos enfoques al ámbito universitario. Para citar sólo algunos ejemplos en nuestro país, mencionaremos los máster de la Universidad Autónoma de Barcelona, de la Universidad de Salamanca y de la Universidad de Santiago de Compostela.

En general, la formación en terapia familiar se plantea en base al estudio de las teorías y de la práctica supervisada que, en este caso, se beneficia del apoyo audiovisual y/o del espejo unidireccional. La posibilidad de que el terapeuta en formación observe los casos directamente, tal como se van desarrollando, y que posteriormente pueda conducir un caso real con supervisión directa, supone una gran inno-

vación formativa con excelentes resultados. En este formato, el supervisor/formador observa al terapeuta en formación detrás de un espejo o cámara de vídeo, con la posibilidad de llamarlo a consultar o simplemente de enviarle un breve mensaje por el intercomunicador. Quizá más que ninguna otra escuela terapéutica, los modelos sistémicos han hecho del vídeo y del espejo unidireccional un instrumento indispensable en la terapia y en la formación.

3.5.6. Investigación terapéutica

Desde sus inicios la terapia familiar estuvo muy estrechamente vinculada a la investigación. Ya hemos comentado que durante los años cincuenta se llevaron a cabo varios proyectos de investigación pioneros (el de Palo Alto, el de la Universidad de Yale y el del NIMH). Estos estudios acerca de las pautas de comunicación de las familias de los esquizofrénicos propulsaron un nuevo enfoque de la psicoterapia estrechamente ligado a la investigación. Como comenta uno de sus precursores, «terapeuta e investigador eran sinónimos», y ello constituyó uno de los atractivos más destacados de la propuesta sistémica inicial.

En efecto, la forma en que se realizaba la psicoterapia (uso de espejo unidireccional, grabación de las sesiones) permitía la observación y el estudio sistematizado del proceso terapéutico, antes restringido a la sacrosanta sala de terapia, reacia a cualquier intromisión externa o registro que pudiera desvelar su intimidad. Se adaptaron varios procedimientos de observación derivados de la investigación de grupos en psicología social, y se desarrollaron además varios sistemas de codificación específicos para la pareja y la familia de acuerdo con la conceptualización sistémica (véase Eisler *et al.*, 1988, para una revisión).

El paso de formulaciones intrapsíquicas a interacciones familiares permitió el análisis del proceso terapéutico, posibilidad antes vetada por los enfoques más tradicionales. Esto permitía salir al paso de las principales objeciones de la psicoterapia, es decir, su fundamentación en conceptos no verificables, y por tanto no científicos (p.ej., Eysenck, 1952). Parecía además una oportunidad única para reconciliar la investigación y la práctica, tan alejadas en muchos ámbitos de la psicología.

La década de los sesenta respondió a esta promesa, pero sólo en parte. Si bien es verdad que las investigaciones progresaron y se afrontaron las dificultades metodológicas que supone la investigación observacional de la interacción familiar, también es cierto que los practicantes y líderes de la terapia familiar no esperaron a tener estas cuestiones resueltas para basar en ellas sus propuestas terapéuticas. Cuanto más grandes eran los esfuerzos de los investigadores por resolver los problemas metodológicos para el desarrollo de medidas para la interacción familiar bien definidas operacionalmente, mayor era la sensación de irrelevancia que sentían los terapeutas acerca de tales estudios.[54] Gutiérrez y Escudero (1987), al estudiar la fundamentación de la terapia familiar sistémica, sostienen que

> la desvinculación entre terapia e investigación se produjo debido a la escasez de resultados claros aportados por el movimiento de la investigación sobre la interacción familiar. La actitud frente a los resultados adversos no se materializó en un cuestionamiento de la incipiente fundamentación teórica de la terapia familiar, sino que lo que ocurrió fue el progresivo desinterés por la investigación (págs. 94-95).

Aunque se realizaron varios intentos para evitar el divorcio entre investigadores y terapeutas familiares (p.ej., una conferencia entre ambos grupos en 1967), fue inevitable que siguieran caminos diversos y a menudo desconexos. A la vez que el movimiento de la terapia familiar crecía tanto en escuelas y aportaciones clínicas como en practicantes, sus reparos y desconfianza hacia la investigación aumentaban,[55] mientras disminuía dramáticamente el número de in-

54. Una cuestión que separó aún más a los investigadores y a los terapeutas familiares fue el hecho de que la investigación controlada requiere una operacionalización microanalítica, que contradice el presupuesto sistémico de que el todo es más que la suma de las partes. A los ojos del terapeuta familiar la investigación interaccional reduce el sistema familiar a una suma de conductas y actos verbales de varios individuos.

55. En la década de los ochenta entró también en crisis la noción de objetividad y se argumentó la imposibilidad de la observación objetiva de la familia, independiente de los juicios del observador y del contexto interaccional en el que sitúa el fenómeno observado. Así, el tiempo total en el que un miembro de la familia interviene puede considerarse una medida de dominio en una familia y resultar irrelevante en otra, en la que las formas de control son principalmente no verbales. Es

vestigadores familiares. En conferencia de 1985 del NIMH se intenta aglutinar los esfuerzos más recientes a la vez que analizar los principales problemas encontrados con el fin de revitalizar la investigación.

La investigación en cuanto a la eficacia de los modelos sistémicos ofrece unos resultados similares a los otros tratamientos disponibles en psicoterapia, es decir, que sus efectos son superiores al no-tratamiento y que aproximadamente dos tercios de los pacientes tratados mejoran. Pero ninguna escuela ha mostrado claramente ser superior a las demás. Gurman y Kniskern (1978), en una revisión sobre la investigación en terapia familiar, concluyen que los resultados positivos tienden a darse en tratamientos limitados cuyo número de sesiones no pasa de las veinte. También ponen de manifiesto que la edad del paciente identificado no parece incidir en los resultados de forma significativa y que la posibilidad de obtener resultados positivos se incrementa si los dos miembros de la pareja participan en el tratamiento. En una revisión posterior, Gurman, Kniskern y Pinsof (1986) se ratifican en sus conclusiones anteriores e intentan relacionar los resultados con el tipo de trastorno o problema tratado. Sin embargo, dada la tendencia de estos modelos a no reificar entidades (sean éstas diagnósticas o no), este enfoque resulta bastante limitado en la práctica. Recientemente, ha habido, además, intentos de clasificar las disfunciones familiares (véase Stierlin y Weber, 1989; Pelechano, 1991). Sin embargo, esta interesante aproximación todavía no se encuentra suficientemente desarrollada.

Hay que reconocer que el enfoque sistémico, a pesar de la transparencia que aporta la posibilidad de su observación directa, implica más variables y complejidad que los tratamientos individuales. Ello dificulta aún más la investigación controlada. Por otro lado, el tradi-

---

así que se criticó a la investigación por simplista y exponente de una concepción lineal de la causalidad (búsqueda de patrones de interacción específicos o características de personalidad de un progenitor que causasen una determinada patología), visión opuesta a la noción de causalidad circular adoptada por el modelo sistémico. Incluso la noción de doble vínculo como patrón comunicacional generador de trastornos esquizofrénicos, hito fundamental en el nacimiento del modelo sistémico, ha sido criticada por su carácter lineal. Como consecuencia de todo ello, Gutiérrez y Escudero (1987) llegan al punto de hablar de clima de «aversión» al método científico en el movimiento sistémico, aunque afortunadamente esto no se pueda generalizar si atendemos a los desarrollos empíricos actuales.

cional estudio sobre el tratamiento de un determinado trastorno psicopatológico o problema —enfoque característico de la investigación tradicional— se centra en el paciente identificado. Ello hace que la matriz «tratamiento x problema» presente una dificultad adicional en el modelo sistémico, puesto que uno de sus presupuestos fundamentales es que el problema que presenta el paciente identificado no es indicador de la disfunción del sistema familiar. Lo que idealmente se tendría que estudiar es la matriz «tratamiento x tipo de disfunción familiar». Pero aunque la idea de un sistema de diagnóstico para los sistemas familiares suena interesante, hoy por hoy no disponemos de tal sistema de forma bien establecida.

En la actualidad tenemos que admitir que la psicoterapia sistémica, tal como se practica en las consultas y centros, no se deriva más que indirectamente del cuerpo de investigación. Sin embargo, la aspiración inicial de conjuntar investigación y práctica terapéutica no ha desaparecido y sigue viva, y el cuerpo de investigación realizada empieza ya a ser muy notable, a pesar de no contar con textos que realicen una revisión exhaustiva de todos ellos.

3.5.7. Valoración crítica

Como indicamos al principio de este capítulo, en nuestra opinión los modelos sistémicos representan quizá la aportación más innovadora y prometedora de la psicoterapia actual. La adopción de la TGS y la cibernética como modelo de conceptualización nos parece una de las mayores ventajas del modelo sistémico. Dado el alto nivel de abstracción de la conceptualización cibernética, se evita en gran medida entrar en planteamientos reduccionistas. No obstante, esto no implica que sean modelos exentos de problemas. Para empezar, existen problemas en torno a la definición misma de sistema, porque no está claro cuáles son los criterios que debemos seguir para designar un sistema. En ocasiones, la metáfora de la familia como sistema se ha tomado demasiado literalmente y se ha tendido a ver en ésta una unidad de funcionamiento completamente autónoma, aunque en la realidad toda familia está inserta dentro de sistemas más amplios, como la comunidad, la ciudad, etc. (Kritz, 1985). De hecho, cualquier cosa puede ser un sistema o, como indican Stierlin y Weber, «un sistema es cualquier cosa definida por un observador como

un todo ordenado» (1989, pág. 126). Esta definición apunta en la dirección de la crítica epistemológica (véase 3.5.4) a la concepción inicial, en la que el observador describía «desde fuera» el funcionamiento cibernético de la familia. La perspectiva constructivista reciente ha concienciado a los sistémicos de la interconexión entre observador y familia.

Por otro lado, los desarrollos sistémicos recientes que han vuelto los ojos hacia el individuo reconocen que la actuación sobre los patrones de comunicación por sí misma no es suficiente en muchos casos. Éste es un hecho importante porque sirve para sentar las bases de una colaboración entre perspectivas, como la sistémica y la cognitiva, que, al fin y al cabo, son complementarias y compatibles, especialmente si comparten un marco epistemológico común (Feixas, 1991).

Ya hemos señalado repetidamente la congruencia epistemológica y conceptual entre el constructivismo cognitivo y el sistémico. Pero a diferencia de los epistemólogos cognitivos (p.ej., Weimer), Bateson mostró un camino: el análisis de la relación. Este camino, como el desarrollo de la teoría clínica de la comunicación humana muestra claramente, ha resultado ser un camino fructífero cuando ha sido transitado por hombres que no han tenido miedo a ir contra la ortodoxia (psicoanalítica o conductista). En realidad, el análisis de las relaciones humanas, de la comunicación humana, en la actualidad se considera como «el eslabón perdido» entre el individualismo radical (y solipsista) y el colectivismo también radical y colectivista (sueños reduccionistas que sólo han existido en las mentes de los filósofos, y que los psicólogos, en demasiadas ocasiones, han asumido). Se trata, en otras palabras, de la relación entre la biología y la sociología, que el positivismo de Comte y otros consiguieron presentar como el problema crucial de la psicología. En palabras de Bateson (1979): «Sólo si uno se aferra de manera rigurosa a la primacía y prioridad de la relación, puede evitar las explicaciones dormitivas. El opio no contiene un principio dormitivo y el hombre no contiene un instinto agresivo» (pág. 119, véase nota 53).

Si en lugar de dormirnos con los principios dormitivos, intentamos averiguar «realmente» lo que pasa, la realidad se convierte en lo que acabamos de decir un poco más arriba: un conjunto de procesos interconectados y multidireccionales que simultáneamente se encuentran articulados en distintos niveles de interacción y son mutua-

mente irreductibles entre sí. Desde este punto de vista, la noción tradicional de causa y efecto (causalidad lineal) resulta estrecha. En contraposición, los terapeutas sistémicos, hablan de causalidad circular para intentar describir cómo distintos modos de conducta se condicionan recíprocamente entre sí.

El nivel de complejidad que la nueva «revolución metodológica» ha introducido en la ciencia actual (porque en modo alguno se limita a la psicología o a los modelos sistémicos en psicoterapia) no tiene precedentes en la historia del pensamiento occidental. Quizá sólo resulta comparable con el nivel de complejidad que poseen nuestras relaciones interpersonales en la actualidad, en las que expresamos nuestro ser, simultáneamente en múltiples tiempos, y nuestras relaciones sociales, en las que como ciudadanos hemos aprendido a vivir con un poder excesivo que constantemente nos recuerda que vivimos en un universo plural. Los retos que la convivencia humana tiene que afrontar en el presente carecen de precedente en nuestra historia por su nivel de complejidad. Los modelos sistémicos en psicoterapia son, de los modelos revisados hasta ahora, los únicos que, al menos, reconocen la existencia del nuevo marco creado por la emergencia de la complejidad en nuestra historia.

CAPÍTULO IV

LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

La aplicación de la metodología científica a la psicoterapia presenta una complejidad destacable. El control experimental es francamente difícil de alcanzar en el campo de la psicoterapia por varios motivos. El número de variables que intervienen en el proceso terapéutico es considerable. Además de las propias de la persona del terapeuta y las del cliente, existen las de la interacción, y especialmente las que se consideran derivadas del método terapéutico. Entre ellas intervienen multiplicidad de aspectos que a su vez pueden interactuar con el momento del proceso terapéutico (una técnica puede tener unos efectos en un momento del proceso y otros bien distintos en otro momento). En cuanto a la respuesta, o posibles variables dependientes, resulta también complejo poder dilucidar qué tipo de variables son las más relevantes para evaluar el cambio terapéutico. Por supuesto, la respuesta a esta cuestión difiere según los modelos. Todo ello conlleva una dificultad para seleccionar las variables relevantes que se resuelve también a partir de lo que cada modelo considera, a veces sin el adecuado control de las variables «extrañas» (que a su vez pueden resultar adecuadas en otro modelo). Incluso una vez definidas las variables independientes su manipulación resulta también dificultosa, adoptándose a menudo procedimientos de asignación. A la vez, la operacionalización y cuantificación de las variables supone un problema muchas veces mal resuelto. En el apartado 4.1 tratamos algunas de las estrategias de investigación adoptadas para resolver estos problemas.

Ante tales dificultades, han surgido dos grandes líneas de investigación, que persiguen fines distintos y utilizan, en consecuencia, procedimientos distintos. La primera línea es la *investigación de resul-*

tados, derivada del método científico, que intenta hacer frente a las dificultades metodológicas expuestas anteriormente. Su propósito fundamental es responder a las preguntas sobre la efectividad terapéutica (¿es efectiva la psicoterapia?), y llevar a cabo estudios comparativos (¿hay un modelo psicoterapéutico más efectivo que otro?) tanto en términos generales como circunscritos a determinados problemas humanos. Más recientemente se ha planteado la cuestión de los ingredientes terapéuticos específicos más efectivos. En suma, esta línea de investigación considera variables dependientes referidas al resultado de la psicoterapia. Una revisión somera de los resultados de estas investigaciones la presentamos en el apartado 4.2, aunque ya hayamos anticipado algunos de estos hallazgos en otros puntos (p.ej., en 2.4).

La *investigación de procesos* pretende responder la pregunta «¿qué es lo específicamente terapéutico de la psicoterapia?» mediante el análisis de cualquiera de los elementos que se dan en el contacto terapéutico. Se trata del estudio de los microprocesos implicados en una sesión terapéutica. Se orienta, por tanto, al estudio de los procesos del cliente, las actuaciones del terapeuta y las interacciones entre ambos que producen cambio, un cambio que puede reflejarse en mayor o menor medida en el resultado final de la terapia. Estos aspectos los desarrollamos en el apartado 4.3.

Finalmente, en el apartado 4.4 realizamos algunas consideraciones generales acerca de la relación de la investigación con la práctica psicoterapéutica, abordando los problemas derivados de su falta de relevancia clínica y el escaso interés que despierta en los profesionales de la psicoterapia.

4.1. Estrategias de la investigación de resultados

Como ya hemos anunciado, valorar los resultados de los métodos psicoterapéuticos puede ser una tarea difícil, por varias razones. Primero, muchas terapias son de larga duración, complicadas y variables, no pudiendo definirse con precisión. Segundo, definir y medir la mejoría es una tarea que el clínico la mayoría de las veces no lleva a cabo de modo cuantitativo y sistemático, dado el coste en tiempo y esfuerzo que conlleva. Muchas veces los pacientes necesitan convencerse de que después del esfuerzo de la psicoterapia funcionan mejor. Los terapeutas contraen prejuicios muy similares.

Frente a estas y otras dificultades se realizan diseños experimentales para objetivar al máximo las investigaciones terapéuticas, el desarrollo de la terapia y su eficacia. Asimismo, se utilizan otras estrategias para maximizar el poder de estos diseños.

Pero antes de referirnos a estas estrategias de investigación controlada, es preciso hacer un comentario acerca del estudio de casos en el campo de la psicoterapia. Nos referimos a esos artículos en los que se describen las características del paciente y las intervenciones realizadas con detalle para un caso concreto. A pesar de la falta casi total de control de variables, y, por tanto, de la imposibilidad de derivar inferencias científicas, hay que destacar su valor heurístico. Dentro de un modelo inductivo-hipotético-deductivo de la ciencia psicológica, es oportuno recordar la relevancia de la primera fase inductiva en cuanto a recoger fenómenos clínicos y efectos terapéuticos innovadores. Kazdin (1986) señala la utilidad de los estudios de caso para generar hipótesis de tratamiento, valorar fenómenos poco frecuentes, ilustrar nuevas aplicaciones de tratamientos ya conocidos, informar de nuevos procedimientos, etc. A nuestro juicio, su utilidad no es sólo heurística sino también formativa, dado su valor ilustrativo para el terapeuta principiante o en formación.

— *Diseños de investigación*

A grandes rasgos podemos distinguir entre dos grandes grupos de diseños de investigación de resultados terapéuticos: los diseños intrasujeto (o de caso único) y los diseños entresujetos (o de grupos). Los primeros se han utilizado menos, y cuando se han aplicado ha sido generalmente por parte de representantes del modelo conductual. En cambio, los diseños de grupos se han empleado mucho más, con las múltiples variantes que comentamos en los próximos apartados.

Los *diseños de caso único* estudian los efectos de una intervención (o tratamiento) sobre un sujeto o grupo (homogéneo) de sujetos. En la tabla 20 se expone un resumen de los principales diseños intrasujeto utilizados en psicoterapia, a partir de la recopilación realizada por Mahoney (1978). Esta tabla utiliza el sistema de anotación popularizado por Campbell y Stanley (1963) en el que O hace referencia a una observación, medición o evaluación, y X a una intervención o tratamiento.

Tabla 20. *Diseños intrasujeto más utilizados en la investigación psicoterapéutica* (adaptado de Campbell y Stanley, 1963, y Mahoney, 1978)

1. Sólo postest: XO. Se trata de un diseño en el que sólo se efectúa una medición sobre la variable dependiente (O) despues de una intervención (X) sobre un sujeto (o un grupo homogéneo). Es un diseño muy débil que no permite extraer inferencias puesto que en ausencia de un patrón controlado de comparación no se puede concluir nada razonable acerca de los efectos de la intervención.

2. Pretest-postest: OXO. En este caso se efectúan mediciones antes y después de la intervención. Este diseño permite ver si hubo cambios en la variable dependiente. Pero se trata también de un diseño débil, puesto que no ofrece garantías para afirmar razonablemente que los cambios se debieron a la intervención.

3. De inversión: OXOXO. Las intervenciones (o manipulaciones de la variable independiente) son precedidas y seguidas de mediciones en la variable dependiente. Este diseño permite una replicación del efecto estudiado. Las conclusiones, no obstante, se limitan al grupo (o sujeto) estudiado, porque no se eliminan las posibles influencias de variables distintas de la variable independiente. Además, la reversión del efecto puede plantear problemas éticos.

4. Muestras equivalentes de tiempo: OXOXOXOXOX. Se trata de una extensión del diseño anterior en el cual se alterna la intervención con mediciones en la variable dependiente. En este diseño se replica sucesivamente el efecto estudiado y permite el control de factores temporales. Sin embargo, presenta el peligro de que los efectos de la intervención cambien debido a su presentación y manipulación repetida. Los problemas éticos del diseño anterior se acrecientan en este caso.

5. Línea base múltiple: OXOOO//OOXOO//OOOXO. Aquí la secuenciación de la intervención se varía de modo sistemático a través de diferentes conductas o situaciones. Es un diseño moderadamente adecuado que incluye la réplica y el control parcial de los efectos relacionados con el tiempo.

6. Series temporales: OOOXOOO. Se mide la estabilidad de la variable dependiente. Se utilizan las desviaciones de la estabilidad para inferir una posible relación causal. Entre las limitaciones de este diseño hay que contar con que no se eliminan los posibles factores que cambiaron simultáneamente con la intervención y no incluye la replicación del efecto.

7. Criterio mudable: OX1 OX2 OX3. Este diseño resulta semejante al diseño de muestras equivalentes de tiempo, excepto que se altera de manera sistemática el valor de la variable independiente; si los cambios en la variable dependiente covarían sistemáticamente y de manera fiable con las intervenciones, se puede inferir razonablemente una relación causal. Es un diseño moderadamente adecuado, pero puede resultar problemático el cambio de criterio.

Para aumentar las garantías a la hora de hacer inferencias razonables basadas en el tratamiento de un solo sujeto se recomienda la especificación clara de objetivos terapéuticos, la recogida sistemática de datos relevantes, la repetición de las evaluaciones a lo largo del tratamiento y la diversificación de medidas sobre los efectos del tratamiento (Kazdin, 1986; Barlow y Hersen, 1984).

En general, estos diseños se consideran apropiados en las fases iniciales de una investigación debido a la flexibilidad y a la oportunidad que ofrecen para estudiar la variabilidad intraindividual. Su principal ventaja reside en que permiten observar el efecto de la variable independiente en distintos momentos. Por otro lado, hay autores (p. ej., Aguilar, 1991; Kazdin, 1986) que sugieren que el diseño N = 1 podría servir para acercar la tarea investigadora a la clínica. Sin embargo, en la práctica a veces no se pueden cumplir los requisitos indispensables, con lo que sólo pueden llegar a considerarse estudios cuasiexperimentales. Otro de los problemas principales de los estudios de caso único radica en la dificultad de su generalización, dada la importancia que tiene en psicoterapia la variabilidad interindividual.

Los *diseños de grupos* estudian los efectos de una intervención (o tratamiento) sometiendo distintos grupos de sujetos a diferentes condiciones de intervención. En su forma más simple se utilizan dos grupos homogéneos respecto a la variable dependiente, un grupo experimental y un grupo control. En el primero se lleva a cabo la intervención, mientras el segundo se mantiene como está. En ambos grupos se realizan evaluaciones en la variable dependiente antes y después de la intervención, además de las medidas de seguimiento. Si existen diferencias significativas entre ambos grupos después de la intervención (y del seguimiento), se puede suponer razonablemente la existencia de un efecto por parte del tratamiento.[56]

Uno de los principales problemas de estos estudios tiene que ver con la representatividad, tamaño de la muestra y su distribución en grupos. A menudo se intenta verificar la efectividad de un tratamiento «x» con respecto a una población «y». Para ello es esencial

56. Hay que recordar, sin embargo, que «la técnica experimental clásica, basada en diseños experimentales de grupo, permite sacar conclusiones de carácter causal tan sólo en la medida en que la variable independiente utilizada sea realmente activa» (Tous, 1986), circunstancia difícilmente alcanzable en estos diseños puesto que se tiende más a utilizar variables asignadas que activas.

que la muestra empleada sea representativa de la población, por lo que se suele indicar en los estudios la forma de reclutamiento de la muestra, así como los criterios de selección. Por otro lado, la mayoría de estudios adolecen de una muestra cuyo tamaño es insuficiente (Shapiro y Shapiro, 1982, encontraron que el 72 % de los 414 estudios revisados utilizaba una muestra inferior a 13 sujetos), lo que limita en gran medida la validez de los procedimientos estadísticos empleados. En general se consideran aceptables muestras que empleen un mínimo de 30 sujetos por grupo, o más si se utilizan muchas variables concomitantes (p. ej., se sugiere también un mínimo de 10 terapeutas por celda para controlar los efectos de los terapeutas). En lo referente a la distribución de sujetos en grupos, existe el peligro de que los grupos no sean homogéneos en cuanto a variables que afectan al resultado. Por ello es preciso que estas variables se hallen apareadas en cada grupo. En cuanto a aquellas en las que se desconoce su posible efecto, es preciso aleatorizarlas, pero este control no es efectivo si la muestra es pequeña.

Los diseños de grupos, a pesar de sus dificultades metodológicas, han poblado las revistas de psicoterapia, y han incorporado una serie de estrategias (comentadas en los siguientes apartados) que permiten investigar cuestiones más específicas y con una mayor precisión.

— *La inclusión de la condición «placebo»*

La inclusión de «tratamientos placebo» como grupo control en los diseños de grupos ha sido una de las estrategias más utilizadas para demostrar la efectividad de un determinado método terapéutico. Si bien el uso de un grupo control de no tratamiento (p. ej., en lista de espera) permite estudiar la efectividad de un tratamiento en relación con la remisión espontánea, el uso de un grupo placebo incluye también otros factores implícitos en una relación terapéutica.[57]

57. Pero también los grupos control, al tratarse mayormente de grupos en «lista de espera», implican factores psicológicos (p.ej., expectativas de cambio), por el mero hecho de haber decidido tratar su problema con un psicoterapeuta.

Por otro lado, puesto que se da ya por demostrada la efectividad de las psicoterapias se podría incluso obviar la condición de no tratamiento. En efecto, aun cuando hay autores que todavía defienden este tipo de estudios para la validación inicial de terapias que no disponen de evidencia empírica (dada su sencillez y economía de sujetos y recursos que requieren), creemos que la comparación con el grupo control

En medicina, se concibe el placebo como una medicación que puede aplacar o paliar la enfermedad por sus efectos «psicológicos», pero que no trata la base real (somática) del problema. Tal como demuestra Parloff (1986), la traducción del concepto de placebo a la investigación psicoterapéutica comporta problemas evidentes puesto que el tratamiento activo es en sí mismo también «psicológico». Se hace difícil, pues, traducir a la psicoterapia la distinción médica entre aspectos somáticos centrales y aspectos psicológicos periféricos. Postular un tratamiento placebo en psicoterapia supone asumir que no presenta ninguno de los ingredientes que se consideran específicos.

Estos tratamientos llamados «placebo» difícilmente pueden evitar la inclusión de componentes tales como sugestión, esperanza, persuasión, credibilidad, fe y confianza en el tratamiento y el terapeuta, entre otros. En definitiva, se trata de muchos de los componentes que se consideran comunes a las psicoterapias (véase 5.6.4). En tal caso, es preferible definir la investigación de otro modo, con términos menos engañosos que el de «placebo». Se puede hablar de comparar ingredientes específicos *vs.* inespecíficos, o, en definitiva, dos formas de psicoterapia distintas.

A pesar de estos problemas terminológicos y conceptuales, estos estudios han permitido reanimar la polémica levantada por Eysenck sobre la efectividad de la psicoterapia en contraste con las tasas de remisión espontánea, bajo la forma de una nueva versión según la cual la psicoterapia no demuestra ser efectiva cuando se compara con los tratamientos placebo (Prioleau, Murdock y Brody, 1983). Parloff (1986) responde a este nuevo desafío afirmando que está mal formulado. Nos recuerda que el estándar científico de la eficacia sólo precisa que los efectos de un determinado tratamiento sean mejores que la condición de no-tratamiento (o que un tratamiento alternativo), y que de hecho la inclusión de una condición de tratamiento placebo no añade nada nuevo al respecto.

En consecuencia, Parloff (1986) realiza una serie de recomendaciones para investigar aquellos ingredientes activos responsables del cambio terapéutico y distinguir entre diferentes fuentes de efectos en

---

no aporta datos tan sustanciales como comparar el tratamiento a estudiar con otro ya bien establecido. De este modo pueden obviarse los problemas éticos y prácticos que supone la condición de no tratamiento.

un tratamiento. Recomienda abandonar la idea de comparar un tratamiento con una condición placebo en favor de comparar métodos terapéuticos distintos (cada uno hace de placebo para el otro) controlando en la medida de lo posible aquellas variables correspondientes a los factores comunes, con un diseño que permita el análisis de las interacciones y la delimitación clara de los efectos de distintos componentes. Algunos de estos aspectos los tratamos a continuación.

— *La comparación de tratamientos*

Se trata de comparar dos procedimientos terapéuticos para un mismo tipo de problema para ver cuál es el más eficaz. Así, cada grupo experimental actúa de control para los demás. Esta estrategia ha sido la más utilizada, puesto que responde a la motivación predominante entre los investigadores de las últimas décadas: demostrar que «mi» psicoterapia es mejor que otra. Además de comparar sistemas terapéuticos ya establecidos, se utiliza también para contrastar la validez de un tratamiento nuevo con otro ya establecido como altamente eficaz.

Una de las investigaciones diseñadas para comparar la eficacia de dos tratamientos, que suele mencionarse como ejemplo paradigmático por su rigor metodológico y por su semejanza con la práctica clínica (se utilizaron pacientes reales y terapeutas experimentados), es la conocida como el estudio de Temple, llevada a cabo por Sloane *et al.* (1975), y que nos puede servir para ilustrar el tipo de preguntas, procedimientos y resultados de este tipo de estudios (véase tabla 21).

A pesar de que el estudio de Temple se suele citar como ejemplo de investigación comparativa controlada, no está exento de limitaciones. Especialmente destacables, desde nuestro punto de vista, son la inespecificidad de las categorías diagnósticas utilizadas (neurosis y trastornos de personalidad), la inespecificidad de los tratamientos (orientación psicoanalítica y conductual son denominaciones demasiado genéricas) y la ausencia total de control de los efectos del experimentador (los terapeutas conocían los objetivos de la investigación). No conviene, por tanto, menospreciar las dificultades que entraña la investigación comparativa de resultados.

— *La especificación de ingredientes activos*

Hasta ahora hemos tratado implícitamente con la validación de «paquetes» de tratamiento. El término «paquete» hace referencia a

Tabla 21. *Descripción del estudio de Temple (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975) característico de la investigación comparativa de resultados.*

En este estudio, los pacientes fueron extensamente evaluados antes y después del tratamiento, por medio de entrevistas diagnósticas, pruebas psicológicas y calificaciones de informantes (familiares y amigos del paciente que habían conocido al paciente durante un promedio de 12 años). De los pacientes evaluados en la fase inicial, se eliminaron aquellos que mostraban trastornos psicóticos y aquellos que estaban recibiendo medicación; de este modo, se obtuvo una muestra de 94 pacientes, cuyos diagnósticos hacían referencia a neurosis o trastornos de personalidad. Cuidando la nivelación en cuanto al sexo y la gravedad de los síntomas, los pacientes fueron asignados al azar a uno de los dos grupos de tratamiento o al grupo de control. Los seis terapeutas que llevaron a cabo los tratamientos estaban equiparados en cuanto al nivel de experiencia. Tres de ellos estaban considerados como expertos psicoanalistas y situaban el énfasis terapéutico en el *insight* en los conflictos emocionales y en la calidad de la relación entre paciente y terapeuta. Los otros tres eran expertos terapeutas de conducta que utilizaron técnicas conductuales tales como desensibilización sistemática, entrenamiento en asertividad, etc. Observadores independientes evaluaron algunas sesiones de cada terapeuta. La media de sesiones por tratamiento fue de 14, y el período temporal para todos los casos fue de cuatro meses. Se realizaron evaluaciones de los tres grupos inmediatamente después de finalizar el tratamiento y también se llevaron a cabo evaluaciones de seguimiento al año y a los dos años de finalizado el tratamiento.

Los resultados mostraron que cerca de un 80 % de los pacientes tratados mejoraron y mantuvieron sus mejorías al año y a los dos años de haber finalizado el tratamiento. Aunque el grupo de control tambien mostró una ligera mejoría en la gravedad de los síntomas, los pacientes tratados mejoraron significativamente más. Sin embargo, no pudieron encontrarse diferencias significativas en los resultados obtenidos por las dos formas de tratamiento.

Además de las medidas de resultado terapéutico, los tratamientos se compararon en función de la calidad de la relación terapéutica. Tampoco se encontraron diferencias en las variables de calidez y consideración positiva. En cambio, los terapeutas de conducta superaron a los psicoanalistas en cuanto a la actitud empática, autenticidad y profundidad del contacto personal.

que el tratamiento se evalúa de un modo global. Ésta es la estrategia más común. Su principal virtud reside en su economía y sus desventajas se deben a que no nos permite distinguir realmente las fuentes de los efectos producidos por el tratamiento. Pero existen estrategias alternativas que persiguen analizar los componentes de un «paquete» de tratamiento. Para ello, es necesario primero identificar y aislar sus distintos componentes (a, b, c, ...x). A partir de aquí, se puede utilizar la estrategia de *desmantelar el tratamiento*. Consiste en aplicar todos los componentes del tratamiento en una condición experimental, y en la otra, eliminar el componente que se quiere investigar para precisar su contribución a los efectos finales. Tambien se pueden estudiar combinaciones particulares de ingredientes, o bien elaborar diseños más complejos (p.ej., eliminando componentes uno a uno). Algunos de estos estudios nos permiten indagar la utilidad de componentes específicos, como, por ejemplo, el papel de las tareas para casa en la terapia cognitiva de la depresión (Neimeyer y Feixas, 1990).

Otra estrategia para el estudio de ingredientes activos es la de *construir el tratamiento*. En cierto modo, esta estrategia consiste en seguir el camino inverso a la estrategia anterior. Se trata, pues, de llegar a establecer un «paquete» de tratamiento añadiendo componentes que puedan contribuir a mejorar los resultados. Los ingredientes del punto de partida pueden ser variables, pero una vez establecidos funcionan como patrón a partir del cual hay que ir añadiendo componentes y verificar su eficacia diferencial.

Una variante de estas estrategias es la del *tratamiento paramétrico*, que consiste en ir alterando aspectos específicos de la administración del tratamiento hasta conseguir la máxima eficacia. A diferencia de las estrategias anteriores, en este caso los ingredientes del tratamiento no varían; lo que varía es la cuantía de los mismos. Ésta puede ser una estrategia interesante para optimizar la aplicación de determinadas técnicas que admiten variaciones en la intensidad.

Como indica Kazdin (1986), estas estrategias contribuyen a determinar los componentes necesarios y suficientes para lograr el cambio terapéutico. Sin embargo, a nuestro juicio, este enfoque de la investigación parte de la premisa implícita de que el cambio terapéutico ocurre como adición de elementos técnicos específicos (no es de extrañar, por tanto, que la mayoría de estos estudios los realicen representantes del modelo conductual). Para no caer en un elementa-

lismo compositivo y no generalizable es necesario contar con una base teórica a partir de la cual desmantelar un tratamiento.[58]

– *La estandarización de tratamientos mediante el uso de manuales*

Una de las críticas más frecuentes a los estudios comparativos es relativa a los problemas de operacionalización de las variables de los tratamientos. ¿Es el mismo tipo de tratamiento psicoanalítico el que practica el psicoanalista A y el psicaoanalista B, aun admitiendo que sean de la misma tendencia o subescuela? Sin duda, no pueden extraerse conclusiones acerca de la diferencia de efectos entre métodos terapéuticos sin disponer de evidencia de que los tratamientos fueron aplicados de forma mínimamente uniforme, y que incluyeron los componentes que los métodos terapéuticos estudiados consideran esenciales.

La elaboración de manuales terapéuticos se ha propuesto como una estrategia casi indispensable en los estudios de efectividad terapéutica en la última década. Estos manuales se diferencian del resto de obras de psicoterapia por el detalle en el que exponen los procedimientos y la operacionalización que realizan de los conceptos teóricos, lo cual presenta ventajas también en el plano de la formación.

Esta solución pretende la aplicación estricta de un procedimiento terapéutico, siguiendo las reglas de un manual. Para ello, debe escribirse en primer lugar dicho manual de forma que especifique claramente las técnicas que se han de usar y su modo de aplicación. Se forma, en segundo lugar, un grupo de terapeutas de acuerdo con los

58. Un ejemplo sorprendente de estos estudios es el que reportan Blanchard y Andrasik (1982), según el cual la efectividad del tratamiento con *biofeedback* del dolor de cabeza no varía aunque se cambie la dirección del cambio fisiológico. Es decir, clientes aquejados de migraña incluidos en una condición de tratamiento basada en el entrenamiento mediante *biofeedback* para el incremento de la temperatura de la mano (teóricamente relacionado con la reducción de la migraña) mejoraron tanto como en la condición en la que los clientes aprendían a reducir su temperatura y se les explicaba que ello servía a los propósitos de aliviar la migraña. Ello no hace sino apoyar la tesis de los factores comunes desde la que se intepretaría este hallazgo como una prueba de que el ingrediente responsable de la mejoría no es el postulado por la teoría sino que es «inespecífico», por ejemplo, el incremento de la auto-eficiacia percibida (Bandura, 1977a) después de la fase de ejecución del tratamiento.

principios guía del manual; y se evalúa, en tercer lugar, la competencia de los terapeutas a través del análisis de videograbaciones.

Recientemente han aparecido un cierto número de manuales, de distintas orientaciones: psicoanalíticos (Klerman *et al.*, 1984; Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1984), cognitivos (p.ej., Beck *et al.*, 1979; Beck y Emery, 1985), e incluso experienciales (p.ej., Daldrup *et al.*, 1988) que se suman a los manuales conductistas ya existentes desde hace más de dos décadas (p.ej., Kanfer y Phillips, 1970; Wolpe, 1969; Yates, 1970). De igual modo y en un nivel más específico, los diversos procedimientos para la solución de problemas específicos, como el estrés (Meichenbaum 1985a), se encuentran disponibles en la actualidad en forma muy estructurada.

Aunque el uso de manuales ha permitido evidenciar que se dan diferencias sistemáticas en las conductas de los terapeutas de distintas tendencias (Luborsky *et al.*, 1982), no se ha podido demostrar que tales conductas específicas sean los ingredientes activos, ni que los aspectos no especificados en el manual no contribuyan al resultado terapéutico.

En suma, la estandarización de los tratamientos ha facilitado la investigación terapéutica porque ha supuesto una «operativización» clara de las variables del tratamiento, que de este modo han podido estudiarse de una forma más específica. Sin embargo, es importante no perder de vista que antes de «manualizar» un tratamiento es necesario especificar sus fundamentos teóricos y comprobar empíricamente sus componentes activos, de modo que sea factible delimitar las condiciones necesarias y suficientes para que el programa sea eficaz. La «manualización» corre el peligro de promover la ortodoxia, creando nuevas «biblias» y convirtiendo al terapeuta en mero «ingeniero técnico» que se limita a aplicar soluciones prescritas y ya conocidas, en lugar de convertirlo en «arquitecto» que estudia el (siempre único) problema presente y aplica la mejor solución que es capaz de encontrar.

— La investigación de análogos

Los estudios de laboratorio con sujetos análogos (estudiantes voluntarios) son una forma bastante común de intentar paliar las dificultades prácticas que posee la investigación psicoterapéutica. Por ejemplo, el grupo de Lang (Lang y Lakovik, 1963; Lang, Lakovik y

Reynolds, 1965), pionero en este tipo de investigación, utiliza sujetos que tengan un problema que, por lo general, no requiera tratamiento, pero que sea similar a los problemas clínicos, tal como la fobia a las serpientes. Esta estrategia les permite estudiar gran número de sujetos y desarrollar procedimientos de intervención breves y replicables. Por supuesto, el problema principal reside en establecer hasta qué punto una fobia a las serpientes no incapacitante, y que no requiere tratamiento, es generalizable (y en qué dimensiones relevante) a una fobia incapacitante que requiere tratamiento. Por otro lado, la característica de sujeto voluntario (generalmente recompensado por su participación en el estudio) difiere de la de cliente en cuanto a la motivación, expectativas y, seguramente, características demográficas (son ya consabidas las dificultades de generalización de la investigación psicológica con estudiantes).

A estas críticas responde Kazdin (1978) alegando que cualquier experimento del ámbito de la psicología es una investigación con análogos, pero ello no ha impedido el avance de la psicología. Por otra parte, también las investigaciones realizadas en el ámbito clínico con pacientes presentan unas constricciones (p. ej., asignación a tratamientos, duración, tipo de terapia, empleo exhaustivo de medidas de evaluación) que la hacen distinta de la situacion «natural». Así es como Kazdin (1978) sugiere que la cuestión no estriba en distinguir entre investigaciones de análogos y otras «naturales» o de campo, sino en determinar el grado en el que el estudio se parece a la situación natural a la que se desean generalizar los resultados en una serie de dimensiones: tipo de problema, características de población, procedimiento de admisión de los clientes, características de los terapeutas, selección y encuadre del tratamiento, variaciones en el tratamiento y procedimientos de evaluación empleados. Asimismo, Kazdin (1978) propone investigar las implicaciones de generalizabilidad de cada dimensión.

En resumen, la principal ventaja que ofrece la investigación con análogos reside en la posibilidad de «optimizar» el control experimental; la principal desventaja, en cambio, reside en la dificultad para generalizar los resultados. Y en este sutil equilibrio entre la validez interna y la externa radica el problema esencial de la investigación con análogos. En último término, su valor depende de que la teoría esté lo suficientemente desarrollada como para indicar qué aspectos son generalizables y por qué lo son.

– *La diversificación de las medidas de cambio*

Existe un grado importante de desacuerdo entre los estudios realizados en cuanto a las medidas a emplear para la evaluación del cambio terapéutico. Lambert (1991), al comentar los datos procedentes de sus múltiples revisiones, informa que los 348 estudios publicados entre 1983 y 1989 en las más prestigiosas revistas emplearon un total de 1.430 medidas de cambio, de las cuales 840 sólo se han empleado una vez. Si se limita a un solo trastorno, p.ej., agorafobia, de un total de 106 estudios aparecen 98 medidas de cambio. Lambert (1983) llega a firmar que «las diferencias entre puntuaciones de resultado positivo posiblemente están más en función de la aplicación de distintas definiciones de éxito que de los distintos tratamientos utilizados».

En un principio, la evaluación del resultado terapéutico se realizaba en base a las impresiones del terapeuta. Fue Knight (1941) quien propuso una primera sistematización de los resultados mediante una escala de cinco puntos en la que los terapeutas apreciaban el cambio de sus clientes. Poco después aparecen las medidas basadas en el autoinforme del cliente. Al principio se trata de puntuaciones de mejora o valoraciones genéricas de la terapia. Más tarde abarcan todo un cúmulo de tests estructurados de personalidad que se administran antes y después del tratamiento. Para paliar los problemas y sesgos de los datos autoinformados se incluyen los juicios de expertos (ciegos en cuanto a la condición de tratamiento), además de la evaluación directa del cambio conductual. También se han empleado índices fisiológicos de mejora y datos procedentes del medio natural del cliente. Sin duda, la orientación teórica del investigador ha desempeñado un papel importante en la elección del tipo de medida, aunque recientemente han proliferado los instrumentos pretendidamente ateóricos, como medidas de ejecución de rol, listas de conductas y síntomas, y medidas de observación directa.

Todo ello nos aporta un panorama complejo («caótico», dice Lambert, 1991) que dificulta en gran medida la comparación entre estudios. Al diseñar este aspecto de su estudio el investigador se ve obligado a hacer una elección difícil sobre un tema sustancial, ante el que no existen criterios definitivos. No existe en la actualidad un catálogo de medidas empleadas y recomendaciones acerca de cuáles utilizar. Hay que tener en cuenta también que las medidas de resul-

tados concordantes con la finalidad del tratamiento muestran efectos de mejoría más notables estadísticamente.

Al considerar la cuestión de las medidas del cambio en psicoterapia, Lambert, Shapiro y Bergin (1986) llegan a estas conclusiones:

1. El cambio es multidimensional.[59] Sería ilusorio pensar en una medida general del cambio, por lo que se constata que existen distintos aspectos a evaluar, algunos de los cuales reflejan cambio y otros no.
2. Se precisa de un marco conceptual sistematizador. La medida del cambio es una cuestion de gran envergadura e implica necesariamente una referencia teórica que permita organizar el tipo de medidas a utilizar.
3. Serían deseables criterios de resultado individualizados aunque son difíciles de utilizar de forma efectiva. Dada la variabilidad individual sería deseable el diseño individualizado de la medida del cambio en lugar de aplicar a todos los individuos de una determinada categoría diagnóstica una misma batería, pero ello provoca unos problemas metodológicos a menudo determinantes.[60]

59. Stiles *et al.* (1986) recuerdan que la normalidad psicológica es heterogénea y sugieren que cada método terapéutico produce una serie de efectos específicos más que un mejoría «estándar».

> Esta línea de argumentación sugiere que muchos tratamientos pueden ser apropiados para un problema determinado, pero que pueden, sin embargo, producir resultados drásticamente diferentes. Si los valores y preferencias influyen tanto en este proceso, entonces los profesionales deberían informar a sus clientes potenciales de las alternativas existentes en lugar de ir directamente a prescribir una línea de actuación (Stiles *et al.*, 1986, pág. 171).

Así, estos autores apelan al papel de los valores en psicoterapia. Argumentan que, por ejemplo, algunas terapias dan por supuesto que para producir mejoría hay que promover que el cliente pueda expresar sus emociones libremente, aspecto aceptado en algunos medios pero sancionado en otros. A la conclusión de que la salud psicológica es plural, Stiles *et al.* (1986) vinculan la cuestión ética de que idealmente sería el paciente quien tuviera cierto control sobre qué tipo de cambio se va a producir, y que los profesionales contribuyeran informando al respecto.

60. En este sentido, la técnica de rejilla (véase Feixas y Cornejo, 1992) resulta un instrumento idóneo para la evaluación de los tratamientos psicológicos puesto que permite hacer predicciones individualizadas de resultado, en los propios términos del sujeto pero aplicando una misma técnica a todo el grupo. Permite valorar el

4. Las medidas de evaluación del resultado deberían proporcionar datos clínicamente relevantes.

Recientemente, Lambert (1991) ha hecho un llamamiento a las instituciones que fomentan la investigación (y sociedades como SPR) para que coordinen a sus investigadores en cuanto a las medidas de cambio a emplear. Además de esta labor de consenso, creemos que el tema requiere mayor elaboración conceptual así como más investigación que permita responder a algunos de los interrogantes que plantea.

— *El metaanálisis o revisión sistematizada de resultados*

Una de las características más sobresalientes de los trabajos tradicionales de revisión de resultados que utilizan el método narrativo (comparación cualitativa entre estudios) ha sido su carácter contradictorio. De hecho, parte de la polémica sobre la eficacia de la psicoterapia ha tenido su origen en la facilidad de ofrecer lecturas diferentes de los mismos datos y de encontrar estudios de resultados favorables a las posiciones de los autores de la revisión. No hace falta, sin embargo, recurrir a una atribución de intenciones para explicar esta situación. La metodología que tradicionalmente se empleaba en las revisiones de estudios de resultados resultaba muy limitada y, en realidad, carecía de fórmulas precisas a partir de las cuales comparar los distintos estudios. También es notoria su falta de precisión al ponderar la magnitud global del efecto de un estudio o variable sobre otra (Gómez, 1987). El metaanálisis o revisión sistematizada de resultados, introducido en psicoterapia por Smith y Glass (1977), es un intento de paliar esta situación, ofreciendo una metodología precisa para revisar gran número de estudios a partir del establecimiento de una métrica común.

---

cambio en (a) la estructura de la personalidad (entendida como sistema cognitivo-semántico), (b) el contenido de los constructos o esquemas operativos, (c) la construcción tanto del self, como de los otros significativos, así como de los valores que configuran el ideal, y (d) a la vez puede apreciar el cambio sintomático mediante los constructos problema. De hecho, ha sido ya empleado en este sentido para evaluar tanto psicoterapias psicoanalíticas, como conductuales, cognitivas, en contextos individuales, de grupo y de familia (véase Winter, 1985 para una revisión, y Botella y Feixas, 1991, como ejemplo de estudio realizado en nuestro medio).

En su forma más utilizada el metaanálisis considera el conjunto de los estudios a investigar como si fuera una población. De este modo, se observa cada estudio como si fuera un sujeto. Las variables independientes que se extraen del estudio son tanto sustantivas (tipo de sujetos, experiencia de los terapeutas, tratamiento utilizado, tipo de evaluaciones, *setting*, etc.) como metodológicas (forma de asignación de los sujetos a los grupos, fiabilidad de los instrumentos, y otros aspectos de la validez del estudio). La variable dependiente más utilizada es la magnitud o *tamaño del efecto (effect size)* y constituye una medida tipificada respecto de los diferentes estadísticos que utilizan los distintos estudios. Se calcula dividiendo la diferencia entre la media del grupo tratado y el grupo control por la desviación típica del grupo control. Cuando se comparan dos tratamientos la diferencia entre grupos se divide por la desviación típica conjunta. Esta métrica común permite, como ventaja principal, cuantificar la magnitud de la diferencia. Por ejemplo, un tamaño del efecto de 1,0 implica que el 84,1 % de los sujetos han mejorado más en función del tratamiento empleado (véase Gómez, 1987, y Vázquez, 1990, para una descripción más exhaustiva).

Entre las ventajas de este método se cuenta con la posibilidad de combinar ponderadamente los distintos estudios con el fin de llegar a conclusiones de índole tan general como que la psicoterapia es beneficiosa y que no existe un tratamiento que produzca efectos significativamente superiores a los demás. De esta forma se pueden acumular los resultados derivados de una muestra de sujetos mucho mayor de lo que se podría en un solo estudio, así como combinar distintas medidas de cambio. En el estudio más amplio realizado, Smith *et al.* (1980) analizaron 475 estudios con 1.766 tamaños de efecto, que abarcan una población de unos 25.000 sujetos. Se presume que una de las mayores ventajas de este procedimiento es que los efectos producidos al azar, o los sesgos que varían de estudio a estudio, se promedian entre ellos proporcionando, supuestamente, una estimación global adecuada. Asimismo, son revisiones replicables por investigadores independientes que accedan a los estudios analizados, requisito necesario en la investigación científica. Por otro lado, aunque el metaanálisis supone tomar toda una serie de decisiones (p.ej., tipo de estudios que se incluyen), esto queda explicitado en el propio estudio metaanalítico.

Por supuesto, y a pesar de sus numerosas ventajas, el meta-

análisis ha recibido críticas muy contundentes (p. ej., Eysenck, 1978, Rachman y Wilson, 1980). La crítica fundamental al metaanálisis se refiere a la cuestión de que su esfuerzo por evaluar globalmente terapias, problemas, pacientes y medidas, puede oscurecer importantes diferencias. Al comparar estudios que pueden ser muy dispares en cuanto a su calidad metodológica y características, se mezclan de forma global aspectos muy diversos (se mezclan peras con manzanas). Por otro lado, pueden existir problemas de representatividad de los estudios. En relación con los pacientes, por ejemplo, las categorías más frecuentes de problemas (depresión, alcoholismo) se hallan poco representadas en estos estudios, mientras que las fobias lo están en exceso. En cuanto a las terapias, se sabe que no todos los modelos tienen la misma propensión a realizar estudios comparativos y a formalizar sus métodos para someterlos a investigación, por lo que existe un sesgo claro en este sentido. Tampoco ha escapado el metaanálisis a las críticas de los estadísticos,[61] que no llegan a un acuerdo sobre los procedimientos adecuados para derivar, combinar e interpretar los tamaños de efecto estudiados (véase Gómez, 1987; Vázquez, 1990).

En suma, comparado con las revisiones narrativas de estudios, el metaanálisis resulta un avance metodológico notable aunque no definitivo. Nos parece especialmente útil cuando se circunscribe a problemas clínicos concretos y a estudios con más homogeneidad. Es una opción metodológica, igual que la bibliometría es una opción en la investigación historiográfica.

61. En particular, merece nuestra atención la crítica constructiva de Shadish y Sweeney (1991), que señalan que en los estudios metaanalíticos no se tiene en cuenta el papel de las variables moduladoras o mediadoras, y proponen unos procedimientos para considerar el peso de estas variables, en favor de una mejor comprensión de los mecanismos que producen los efectos terapéuticos. Por ejemplo, sugieren que es más plausible creer que el tipo de terapia, más que producir efectos directos en el resultado de la psicoterapia, actúa como variable mediadora afectando a otras variables que a su vez, y en interacción con otras, producen un efecto más directo. O bien que la variable tipo de terapia se ve modulada por otras variables. Así es como Shadish y Sweeney (1991) cuestionan el veredicto de Dodó, señalando que dicho pájaro no parecía ser muy listo en la historia de Lewis Carroll. Quizá su veredicto fue más bien resultado de su incapacidad para valorar el efecto de estas variables moduladoras y mediadoras.

– *El paradigma matricial*

Anticipándose a los resultados de la investigación de resultados que sugieren la equivalencia de los efectos de las psicoterapias, Kiesler (1966) atacó el «mito de la uniformidad», basado en el supuesto implícito de que las terapias, clientes y métodos son intercambiables entre sí. Ello dio pie al planteamiento de la famosa formulación o letanía de Paul (1967): «Qué tratamientos, administrados por quién, en qué circunstancias, son más beneficiosos para qué clientes y con qué problemas» (pág. 111). La formulación de estos autores llevó a lo que se conoce como paradigma matricial al pretender una matriz compleja de resultados («tratamiento x terapeuta x cliente x problema x situación»).

La respuesta del paradigma matricial a la paradoja de la equivalencia es que la investigación no ha identificado aún la zona específica de máxima efectividad para cada terapia. La homogeneidad aparente de los efectos refleja meramente el reparto proporcional de los resultados de cada terapia con clientes, terapeutas y situaciones homogéneas.

Esta solución resulta atractiva ya que ofrece la promesa de «recetas» a medida (Goldstein & Stein, 1976)[62] para trastornos específicos. Posteriormente, se han utilizado otras variables del cliente, como sus características de personalidad y demográficas, además de las del diagnóstico. Varios estudios (véase Beutler y Clarkin, 1990) sugieren que la efectividad de diferentes terapias varía con las variables de personalidad del cliente. Su propuesta se comenta más adelante (5.3).

Schülte (1985) plantea que para que este paradigma de la indicación diferencial fuera útil se debería llegar a un acuerdo sobre cómo apreciar la variable dependiente «efecto de terapia», concretar variables relevantes del paciente y trabajar con variables independientes no ceñidas a los modelos teóricos, sino más concretas, operativas y generalizables.

El interés de la investigación de las interacciones entre variables

62. El audaz intento de Goldstein y Stein (1976) de aplicar una matriz simplificada «cliente x tratamiento» en su revisión de estudios de resultados dio una imagen notablemente dispersa. Incluso al cabo de más de una década, la investigación ha ofrecido muy pocas «prescripciones» replicadas para las combinaciones óptimas (Goldfried *et al.*, 1990; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986).

de tratamiento, variables de terapeuta y variables de cliente es obvio. Pero todo aquel que intente este tipo de investigación va a encontrarse con el problema de la inabarcable variedad de variables existentes. Incluso una exploración muy selectiva de la literatura puede revelar más de cien variables del cliente defendidas por alguien como relevantes. Asimismo, podemos encontrar más de cuarenta variables del terapeuta, y alrededor de cuatrocientas propuestas psicoterapéuticas. Sólo hace falta saber multiplicar para ver que el número de casillas necesarias en la matriz para investigar exhaustivamente estos efectos interactivos es inalcanzable a corto o medio plazo.[63]

Sin embargo, su dificultad no debe ser un argumento para el abandono del paradigma matricial y, de hecho, se pueden realizar esfuerzos contundentes para simplificar un poco la situación. Por ejemplo, nos podemos preguntar: ¿Cuáles de las variables del cliente se solapan? ¿Cuáles son las distinciones más relevantes que podemos hacer entre los modelos terapéuticos y los terapeutas? Existen pocas investigaciones a este respecto, pero, de haberlas, sus resultados, analizados convenientemente mediante procedimientos estadísticos, nos permitirían reducir el número de variables a un tamaño más razonable. Por ejemplo, los conocimientos disponibles nos permiten sostener que ciertas variables demográficas del cliente, la severidad del problema y la motivación, son importantes para el resultado del tratamiento; que la mayoría de las psicoterapias efectivas tienen en común ciertas actitudes de respeto y atención que producen una reducción en lo que Frank (1971, 1982) llama desmoralización; y que la mayoría de las psicoterapias difieren en dimensiones como directividad, foco interno *vs.* externo, el uso de ciertos procedimientos específicos. La investigación futura podría muy bien inspirarse en la línea seguida por Eysenck, en el sentido de una reducción de las variables del cliente a las más significativas en términos de varianza explicada. Así, se podría reducir sustancialmente el paradigma matricial de forma sensata, aunque ciertas variables significativas se pudieran perder por el camino. Ésta es la línea seguida en gran medida por los defensores de la integración técnica sistemática (p.ej., Beutler y Clarkin, 1990, véase 5.3).

63. Tampoco esto debería desanimarnos si contrastamos esta situación con la investigación sobre el SIDA o el cáncer. Un investigador de estos campos se enfrenta con miles de anticuerpos, conocidos y por conocer, que, solos o en interacción, podrían ejercer efectos curativos.

4.2. Principales hallazgos de la investigación de resultados

Durante la primera mitad del siglo, la investigación científica en psicoterapia fue escasa. A partir de los años cincuenta, el área atraviesa una crisis de legitimidad ante la cual el mayor volumen de la investigación se dedica a mostrar que la psicoterapia funciona. A principios de los años ochenta, se considera probado que la psicoterapia, entendida en sentido genérico, es superior al no-tratamiento. Al mismo tiempo se va desvaneciendo la posibilidad de mostrar empíricamente la superioridad de un tratamiento por encima de los demás. Los investigadores concentran entonces la mayor parte de sus esfuerzos en averiguar cómo funciona, mediante el estudio de las variables del cliente, las del terapeuta y, finalmente, el estudio del proceso terapéutico, que abordamos en el próximo capítulo. Pero vamos a ver esta evolución con mayor detalle.

— *Los primeros hallazgos: el inicio de una controversia*

Los estudios sobre la efectividad de la psicoterapia realizados durante la primera mitad de siglo son escasos y con grandes deficiencias metodológicas. La famosa revisión de Eysenck (1952) incluye la mayoría de estos estudios comparándolos a la *remisión espontánea* de los síntomas en pacientes neuróticos. Para cuantificar esta curación espontánea en ausencia de tratamiento, Eysenck se basó en dos estudios: en el de Denker se trataba de pacientes de hospitales mentales y el criterio de mejoría establecido fue el alta; en el de Landis se utilizaron criterios de mejoría más completos (juicio del médico, vuelta al trabajo, no aparición de quejas posteriores) en pacientes que habían cursado baja laboral por «psiconeurosis» y tratados por su médico de cabecera. Ambos estudios llegan a la conclusión de que las tasas de remisión espontánea son algo superiores al 70 % al cabo de dos años (Pelechano y Botella, 1983).

En cuanto a los estudios de psicoterapia revisados, cinco correspondían a tratamiento psicoanalítico y diecinueve a enfoques eclécticos (categoría muy laxa que incluía los estudios no psicoanalíticos ni conductuales). Los resultados de cada estudio se tabularon en categorías según el grado de mejoría, de forma que se obtienen totales para todos los estudios. Las curaciones o mejorías con psicoanálisis promedian un 44 %, mientras que las de los enfoques eclécticos un 64 %.

En base a estos resultados Eysenck afirma que no se ha demostrado que las psicoterapias no conductuales aporten ninguna mejoría a los pacientes en comparación con el simple paso del tiempo, sino que más bien parece deducirse lo contrario.

Ya hemos comentado en otros apartados (2.3, 2.4) el impacto que este estudio tuvo en el campo de la psicoterapia. A partir de entonces se ejerció una gran presión para demostrar la eficacia de la psicoterapia, que orientó los esfuerzos de los investigadores hacia esta cuestión, en detrimento del estudio de los componentes y el proceso de cambio.

Por supuesto, después de una primera reacción de perplejidad, los años que siguieron a la publicación del provocativo estudio de Eysenck vieron una serie de críticas y replicaciones del análisis de los datos, así como de contrarréplicas (véase Pelechano y Botella, 1983, para una revisión más detallada). Por ejemplo, se critica la asunción de homogeneidad de las muestras empleadas en ambos tipos de estudios. Rosenzweig (1954) y Lambert (1976) cuestionan que en la breve atención recibida por parte de los pacientes «espontáneamente curados» (en el estudio de Landis «tratamiento de rutina» y en el de Denker «medicación, afirmación, apoyo y sugestión») no existieran ya componentes terapéuticos (expectativas, confianza, etc.). Señalan también la falta de control acerca de si buscaron ayuda en otros medios, así como la imprecisión del criterio de mejoría (p. ej., alta), que dicen poco acerca del estado mental del paciente. Por otro lado, el período de tiempo escogido para esta comparación (dos años) es también el más desfavorable para la psicoterapia, y amaga el hecho de que los pacientes en algunas psicoterapias suelen mejorar mucho antes. El análisis de los datos muestra una variabilidad mucho mayor en los pacientes tratados, tanto en el sentido de mejorías como de empeoramientos (Bergin, 1966). De hecho, se ha puesto de manifiesto que los propios datos de Eysenck arrojan resultados muy distintos si se tabulan los resultados de forma distinta (p. ej., Eysenck computa como fracasos terapéuticos los abandonos y las muertes), o si se emplean medianas (estadístico más apropiado dada la variabilidad, según Bergin, 1966) en lugar de medias; de forma que Bergin y Lambert (1978) sugieren que Eysenck dispuso los datos de manera que aportaran los menores porcentajes de mejora para la psicoterapia y los mayores para la remisión espontánea.

Ya bastante superados los problemas metodológicos de estos

estudios, en la actualidad Lambert (1992) sitúa la tasa de remisión espontánea en menos de dos tercios de la apreciación inicial de Eysenck (aunque Eysenck y sus colaboradores siguen insistiendo en tasas en torno al 60 %). La mediana de los estudios revisados se sitúa en el 43 %, pero con un amplio abanico de variabilidad (del 18 al 67 %) en función del diagnóstico y de la complejidad/severidad del trastorno (entre otros factores). Podríamos situar un continuo que va desde la depresión neurótica, que presenta las tasas más altas de remisión espontánea, seguida de los trastornos de ansiedad, las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos y las hipocondrías (por este orden), con las tasas más bajas dentro de la familia neurótica. Además del tipo de neurosis influye también de forma contundente la cronicidad: los porcentajes de recuperación espontánea más importantes se dan en los tres primeros años, pasados los cuales ya no se incrementan más. Por otro lado, se ha comprobado que estos pacientes, aunque no se hallen en tratamiento psicoterapéutico, visitan con mucha más frecuencia los servicios de salud (en especial al médico de cabecera), que probablemente proporcionan alguna atención o colaboran en el cambio, si tenemos en cuenta los factores comunes (véase 5.4).

En lo que parecen estar de acuerdo muchos investigadores es en que el fenómeno de la remisión espontánea precisa más investigación. Como comentan Pelechano y Botella (1983), «no es el mero paso del tiempo lo que provoca mejora en las neurosis sino los sucesos que ocurren en este período y que exigen, imperiosamente, que se determine su influencia relativa con el fin de fomentar su eficacia» (pág. 22).

— *La eficacia de la psicoterapia*

En la actualidad existe un convencimiento muy generalizado de que la psicoterapia es más efectiva y rápida que los cambios naturales del cliente sin tratamiento. Así concluyen las principales revisiones sobre el tema (American Psychiatric Association, 1982; Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Office of Technology Assessment-U.S. Congress, 1980; entre otras) basadas principalmente en estudios metaanalíticos como el de Smith *et al.* (1980), que abarca una muestra de hasta 25.000 sujetos con un promedio de tratamiento de 16 sesiones, y

teniendo en cuenta todas sus replicaciones y críticas. La media de los tamaños de efecto se sitúa en el 0,85, lo que significa que al final del tratamiento la persona promedio que ha seguido una psicoterapia se encuentra mejor que el 80 % de la muestra no tratada (Lambert, 1992).[64] Sin embargo, al mismo tiempo se ha constatado también que unos pocos clientes pueden verse perjudicados por la psicoterapia, fenómeno que no ha sido aún suficientemente estudiado (véase Semerari y Procacci, 1992).

Hay autores que han estudiado la efectividad de la psicoterapia comparándola con «tratamientos placebo». Ya hemos comentado con cierta extensión en el capítulo anterior (4.1) las dificultades conceptuales de esta estrategia. Estos estudios sugieren que aunque los pacientes puestos en una condición que genere la expectativa de ser tratados («placebo») presentan sustancialmente mejores resultados que los no tratados (remisión espontánea), no alcanzan la eficacia de la psicoterapia en proporción, brevedad, y mantenimiento de las ganancias (véase Lambert, 1992; Miller y Berman, 1983). Los efectos positivos conseguidos por estos tratamientos placebo se deben generalmente a la manipulación de las expectativas, que es, en sí mismo, un mecanismo psicológico incorporado en muchos enfoques psicoterapéuticos, por lo que no deben interpretarse en el sentido de la poca eficacia diferencial de la psicoterapia como hacen algunos (p.ej., Prioleau *et al.*, 1983). Según comenta Lambert, los psicoterapeutas somos algo más que administradores de placebo.

Una cuestión también importante al considerar la eficacia de la psicoterapia no son sólo los resultados al acabar la psicoterapia sino también el mantenimiento del cambio (y su eventual generalización) después de su finalización. Si bien es verdad que los estudios que incluyen seguimiento durante largos períodos de tiempo son escasos y costosos, la revisión de los realizados hasta el momento nos aporta buenas perspectivas (véase Lambert y Bergin, 1992). Con una gran mayoría de trastornos la psicoterapia mantiene sus efectos positivos

64. El significado de estos datos es enorme puesto que pocas veces se obtienen efectos tan claros en las ciencias humanas y de la salud. Por ejemplo, los tamaños del efecto obtenidos con tratamiento psicofarmacológico con pacientes depresivos varían del 0,40 al 0,81, y en el campo escolar se ha hallado que el tamaño del efecto de nueve meses de instrucción lectora es del 0,67.

durante largos períodos de tiempo, aun cuando exista una historia previa de problemas recurrentes. Esto no quiere decir que la psicoterapia proporcione una especie de vacuna contra cualquier problema psicológico para el resto de la vida del paciente. Pero sí que las ganancias obtenidas se suelen mantener, a excepción de una serie de trastornos específicos como los psicóticos, los adictivos, la personalidad antisocial, la obesidad y la depresión. De hecho, Lambert (1991) sugiere que un estudio apropiado sobre efectividad terapéutica con estos pacientes no puede considerarse válido si no incorpora los datos de seguimiento de por lo menos un año después de la finalización del tratamiento.

Lambert (1991) concluye que es tan fuerte la evidencia en favor de la eficacia de la psicoterapia que no tiene sentido seguir dedicando esfuerzos a esta cuestión a un nivel general, pero que, sin embargo, la eficacia debería preocupar a las personas que proponen nuevos modelos que no hayan sido ya contrastados en los estudios antes mencionados. Desafortunadamente, en la práctica observamos cómo se promueven nuevas psicoterapias sin tener en cuenta su validez empírica. Esto nos lleva al estudio de qué psicoterapias son más efectivas.

— *La eficacia diferencial de las psicoterapias*

A pesar de que el interés por demostrar que tal o cual psicoterapia es mejor que las demás puede haber motivado muchos estudios, en la actualidad no podemos declarar un vencedor. En efecto, las revisiones más completas de estos estudios comparativos (incluyendo las metaanalíticas) sugieren que no es posible determinar empíricamente la superioridad de un enfoque con relación a los demás en términos generales (Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Sloane *et al.*, *1975*).

La impresionante revisión metaanalítica de Smith *et al.* (1980) es en gran medida responsable de esta conclusión, al abarcar 475 estudios (la virtual totalidad de los publicados hasta 1980) que investigan la efectividad diferencial de hasta 78 formas de psicoterapia. Ciertamente, algunos autores discreparon de la falta de criterios de selección de estudios por parte de Smith *et al.* (1980), y limitan su revisión a los estudios mejor elaborados: Andrews y Harvey

(1981) analizaron sólo los estudios con pacientes «reales»; Landman y Dawes (1982) restringieron su análisis a aquellos estudios que asignaron al azar los sujetos en las condiciones de tratamiento; Shapiro y Shapiro (1982) incluyeron 122 estudios posteriores después de seleccionar sólo 21 de los analizados por Smith *et al.* (1980). Todos ellos aportaron resultados similares a los de Smith *et al.* (1980) en el sentido de la equivalencia de resultados entre las psicoterapias estudiadas.[65]

A pesar de estas evidencias, durante unos años ha predominado la idea de que si bien en términos generales no se puede determinar la mayor eficacia de una psicoterapia por encima de otras, para determinados trastornos sí es posible hacerlo. Por ejemplo, se ha argumentado la superioridad de la terapia cognitiva para la depresión en comparación con otras formas de tratamiento, y de hecho el estudio metaanalítico de Dobson (1989) así lo sugiere. Sin embargo, ni el estudio colaborativo del NIMH (Elkin *et al.*, 1989) ni el amplísimo metaanálisis posterior de Robinson, Berman y Neimeyer (1990) permiten sostener esta conclusión. En particular, la revisión de Robinson, Berman y Neimeyer concluye que si se controla la orientación del investigador se desvanece esta supuesta superioridad.

Ya hemos discutido, al hablar de la situación actual de la psicoterapia (2.4), los efectos que estos resultados han tenido en la comunidad psicológica internacional. Por un lado, se está reorientando la investigación hacia el estudio de los procesos de cambio (véase 4.3) en lugar de centrar los esfuerzos en designar un vencedor. Por otro lado, el tema de la integración, y en particular la hipótesis de los factores comunes (véase 5.4), han recibido un gran impulso dado el interés suscitado. Ya hemos comentado también el continuado esfuerzo que se realiza en pro de la mejora y perfeccionamiento de la metodología de investigación (4.1). Sin embargo, quizá la conclusión más importante de estos estudios sea la constatación de que aquello que se consideraba teóricamente crucial, el tipo de técnica o

65. Aunque en el metaanálisis de Shapiro y Shapiro (1982) se encuentra una «modesta pero innegable superioridad de las terapias de conducta y cognitivas sobre las humanistas y dinámicas» (Avia y Ruiz, 1985), Lambert (1992) considera que las críticas realizadas en relación con el tipo de muestra empleada por los estudios conductuales y cognitivos (casos poco graves, estudios con análogos, y población no clínica) hace que no se pueda afirmar con contundencia el predominio de estos enfoques.

modelo de intervención empleado, desde la perspectiva de los resultados empíricos no parece serlo tanto. Esto lo matizamos un poco más a continuación al hablar de la contribución relativa de los distintos factores a los resultados de la psicoterapia.

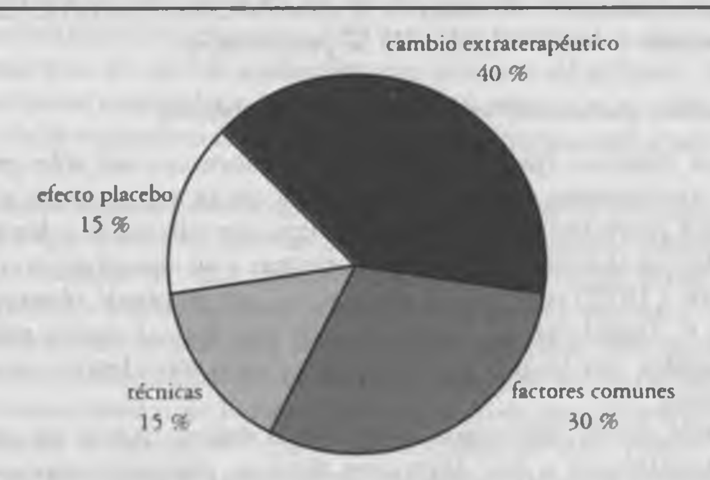
— *Factores que contribuyen al cambio terapéutico*

Los estudios comentados hasta el momento no sólo permiten sacar conclusiones acerca de la eficacia de la psicoterapia sino que también permiten realizar una primera aproximación a los factores que afectan al resultado de la psicoterapia y su contribución relativa. Lambert (1992) realiza una estimación que se puede observar en la figura 6, basada en la valoración (no estadística) de los resultados disponibles, por lo que los porcentajes deben considerarse muy aproximativos.

Estos datos cuestionan el tremendo énfasis que se ha otorgado tradicionalmente a las diferentes técnicas psicoterapéuticas, como elementos específicos de las distintas escuelas. Este énfasis desmedido en los procedimientos específicos contrasta con su relativamente limitada contribución al cambio terapéutico (que algunos autores aún valoran menor, de un 10 %). Todo ello nos sugiere una reorientación de nuestra atención con el fin de dirigir los esfuerzos de investigación hacia los factores que parecen ser más responsables del cambio.

El mensaje que aparece con más intensidad de la figura 6 es que es el cliente quien realiza la mayor contribución al éxito terapéutico. En efecto, si sumamos los factores relativos a la remisión espontánea (proceso natural del cliente) y las expectativas hallamos una proporción mayor (55 %) que en los factores que dependen del tratamiento (factores comunes y técnicas, 45 %). En realidad sabemos poco de los factores que más afectan al cliente porque la mayoría de los esfuerzos se han dirigido a estudiar las variables del terapeuta. Es decir, además de concluir que hay que dirigir nuestra atención al tema de los factores comunes, aún con más motivo estos datos nos orientan al estudio de las variables del cliente. Esto es lo que vamos a hacer a continuación: revisar los datos disponibles acerca de las variables del cliente que afectan al resultado terapéutico. Complementariamente, y atendiendo a la investigación disponible, vamos a comentar también las del terapeuta, así como las de la interacción cliente-terapeuta.

Figura 6. *Contribución relativa de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia* (según Lambert, 1992).



Leyenda:

1. *Cambio extraterapéutico.* Factores que forman parte del cliente (p.ej., personalidad) o de su entorno (p.ej., acontecimientos fortuitos, apoyo social), que contribuyen a la mejoría independientemente de la psicoterapia.
2. *Expectativas (efecto placebo).* Proporción de cambio que resulta del hecho de que el cliente sabe que se le va a ayudar y que deriva de la credibilidad que generan técnicas o explicaciones específicas.
3. *Factores comunes.* Incluyen un conjunto de variables que se encuentran en muchas terapias independientemente de su orientación teórica (p.ej., empatía, calidez, aceptación, animar al cliente a aceptar riesgos, etc.)
4. *Técnicas.* Procedimientos específicos de una psicoterapia (p.ej., *biofeedback*, desensibilización sistemática, interpretación, etc.).

— *Las variables del cliente*

Garfield (1986) ha realizado una revisión de la investigación existente acerca de los atributos de los clientes y su influencia en el resultado terapéutico, permanencia en terapia y conducta en la sesión. La variables consideradas han sido de tipo demográfico (sexo, raza, nivel sociocultural, edad), trastorno o motivo de consulta, inteligencia y variables de personalidad. En relación a algunas de estas

variables, se da como hecho indiscutible que los clientes más beneficiados de la psicoterapia son los denominados *YAVIS (young, attractive, verbal, intelligent, successful*; jóvenes, atractivos, verbales, inteligentes y exitosos), de raza blanca, y los de nivel sociocultural medio y alto. Sin duda, algunas de estas variables están relacionadas entre sí. No aparecen diferencias en cuanto al sexo. La variable edad no aporta datos esenciales en el período de adultez. La principal conclusión que extrae Garfield (1986) en relación con estos estudios es que son insuficientes para poder precisar más, y en general presentan importantes problemas metodológicos.

En cuanto a las diferencias entre modelos existen aún menos estudios, pero parecen sustentarse las conclusiones del estudio clásico de Kadushin (1969) en relación a la clase social como elemento distintivo de los clientes de cada modelo. Por ejemplo, «cuanto más afiliado es un servicio terapéutico al psicoanálisis ortodoxo, más alto será el nivel de la clase social de sus clientes» (pág. 51). Independientemente de los resultados empíricos, la propia lógica sustenta esta afirmación, puesto que las condiciones de un psicoanálisis ortodoxo (2-4 sesiones semanales por un período de 3-5 años) limitan *per se* el tipo de clientes que pueden acceder a él. Por el contrario, los clientes de recursos más limitados tienden a recibir tratamientos más breves, grupales o bien farmacológicos (o manicomiales). Asimismo, los modelos que tienen el *insight* como elemento específico fundamental precisan de clientes con cierto nivel cultural, mientras que los modelos conductuales y sistémico-familiares acceden a amplias capas de la población por no incluir el componente del *insight* en sus planteamientos.[66]

Por supuesto, el mayor número de estudios trata del diagnóstico del cliente, área también conocida como la de *indicaciones* de la psicoterapia. Como se deduce de los estudios sobre la efectividad terapéutica, la categoría general de neurosis es la más comúnmente aceptada para la psicoterapia. Esta conclusión es muy general e inespecífica (dado el número de trastornos variopintos que se agrupan

66. La brevedad también es un aspecto importante. La gran mayoría de tratamientos sistémicos se finalizan en menos de veinte sesiones (Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986). Permítasenos resaltar aquí el trabajo de Minuchin *et al.* (1967) titulado *Familias de los suburbios*, como un ejemplo pionero de la psicoterapia con minorías étnicas y marginales, que ha ejercido una importante influencia en los terapeutas familiares sistémicos, especialmente los de la escuela estructural.

bajo este rótulo), pero es la única que la investigación puede sugerir provisionalmente. Otras indicaciones más específicas vienen dadas desde los distintos modelos que reivindican su utilidad en tal o cual área de trastornos, tal como hemos visto.

Estos estudios sobre las variables diagnósticas del cliente responden también a la aspiración ecléctico-empiricista de poder seleccionar tratamiento de acuerdo con el trastorno, aspiración en la que no podemos confiar por el momento por varios motivos. En primer lugar, como Garfield (1986) y otros investigadores reconocen, la investigación no se ha desarrollado de forma suficiente (no hay suficientes investigaciones bien conducidas metodológicamente) como para poder aportar datos concluyentes en este sentido. En segundo lugar, ya hemos comentado anteriormente que las conclusiones sobre la equivalencia de las psicoterapias en general se repiten para la mayoría de trastornos específicos a medida que se perfeccionan los métodos de investigación. Las excepciones son demasiado pocas y van desapareciendo a medida que avanza la investigación. Por ejemplo, la pretendida superioridad de los tratamientos conductuales para los trastornos de ansiedad no parece mantenerse de forma tan clara en revisiones recientes (Goldfried, Greenberg y Marmar, 1990). Finalmente, varios autores (p. ej., Beutler y Clarkin, 1990; Schülte, 1985) cuestionan seriamente la validez de las clasificaciones psiquiátrico-nosológicas para la predicción de la efectividad psicoterapéutica, y, por tanto, para la selección del tratamiento.

En definitiva, aventurar unas indicaciones de las distintas psicoterapias sería, a nuestro juicio, engañoso dada la información disponible en la actualidad, por lo que también esta variable del cliente requiere más elaboración. Quizás uno de los pocos resultados que parecen dibujarse, aunque con también algunas reservas metodológicas, es la noción de que los niveles bajos de patología, y especialmente la ausencia de rasgos psicóticos, contribuyen a cierto porcentaje de varianza (variable según los estudios) del éxito terapéutico.

Queremos llamar especialmente la atención, de acuerdo con las aportaciones de Botella (1989b), Pelechano (1989a, b) y Tous (1989b) acerca de las variables de *personalidad* del cliente, área muy prometedora de la investigación terapéutica, pero que no ha recibido ni de lejos la atención necesaria. La mayor ventaja de esta línea de investigación estriba en su potencial para la vinculación de la psicoterapia con la psicología científica, concretamente con la psicología de

la personalidad y de la diferencias individuales. Por otro lado, Pelechano (1989b) destaca el valor conceptual y práctico del estudio de las variables de personalidad para la comprensión del cambio psicológico: «En la medida en que todo acercamiento de terapia psicológica pretende modificar algo, debe elegir medidas de otros aspectos que se mantienen invariantes» (pág. 181).

En este mismo sentido, Tous (1989b) señala el papel de la personalidad como constructo hipotético relacional que media entre variable dependiente e independiente y afirma que «primero debe considerarse el fenómeno de conducta y luego constatar que sólo mediante el concepto de personalidad este fenómeno puede ser suficiente y necesariamente explicado» (pág. 231). Asimismo, estos autores señalan no sólo la importancia de las diferencias interindividuales (diagnóstico) sino también las intraindividuales para la comprensión de un paciente concreto, necesaria para la intervención (evaluación y predicción). Adicionalmente, Pelechano (1989a) destaca la utilidad de estudiar las diferencias interindividuales en cuanto a consistencia y estabilidad temporal, puesto que la comprensión de la dinámica permanencia-cambio debe ocupar un lugar destacado en la psicoterapia. Botella (1989b) señala también el papel de las variables de personalidad como moduladoras del proceso de cambio, y que algunas técnicas (por más eficaces que hayan demostrado ser) pueden resultar inadecuadas e incluso dañinas para sujetos con determinadas características de personalidad. Aunque existen algunos estudios sobre estas variables (véase la revisión de Botella, 1989b y la de Garfield, 1986), reiteramos que aún son insuficientes. A modo de ejemplo, vamos a comentar tres líneas de investigación que resultan de cierto interés.

La primera tiene que ver con la variable *lugar de control* (p. ej., Craig y Andrews, 1985) que interactúa no sólo con la mejoría terapéutica sino con la autoatribución de mejoría. Ello viene a significar que los sujetos con lugar de control interno tienden a alcanzar mejores resultados terapéuticos, atribuyéndolos a su propio esfuerzo.

La segunda se refiere a las *expectativas* tanto de autoeficacia como de resultado. Bandura (1977a) sugiere que esta variable del sujeto es fundamental para la producción del cambio psicológico operado por cualquier modelo psicológico. Se propone así como uno de los ingredientes activos comunes a las psicoterapias el aumento de la sensación de autoeficacia, dominio o autocontrol (Frank, 1982).

Bandura (1977a) expone que la anticipación que hace el sujeto de su capacidad para acercarse al objeto temido, para el fóbico, es un pronosticador básico de la ejecución conductual. El papel relevante de la anticipación o expectativa se considera central en varios enfoques teóricos de la personalidad y la psicoterapia (p. ej., Tous, 1989a) desde que lo intuyó Kelly (1955).

Relacionado con las expectativas está el tema de la demanda que formula el paciente al acudir a psicoterapia. Aunque se trata de un aspecto de enorme interés clínico ha recibido relativamente poca atención en las investigaciones empíricas.

Una tercera línea de investigación se ha llevado a cabo utilizando la técnica de rejilla (véase Feixas y Cornejo, 1992). Algunos de estos estudios (p. ej., Caine *et al.*, 1981) muestran que los clientes que experimentan más mejoría se construyen a sí mismos de forma más negativa (más alejados del «ideal» según sus propios constructos) al inicio de la terapia, lo que presumiblemente puede interpretarse como mayor motivación para el cambio. Otros estudios con pacientes aquejados de anorexia y agorafobia sugieren que un importante pronosticador del cambio psicoterapéutico es la diferencia existente antes del tratamiento entre los elementos «self actual» y «self antes de la aparición del síntoma», y en particular la existencia de correlación positiva entre este último elemento y el «self ideal». De ello se puede deducir que el cliente está más dispuesto a perder sus síntomas durante la psicoterapia si tiene a su alcance una construcción positiva alternativa del self basada en experiencia previa (véase Winter, 1992, para una revisión exhaustiva).

– *Variables del terapeuta*

Se trata de las variables más estudiadas en psicoterapia puesto que de una forma o de otra los estudios de efectividad investigan el papel del terapeuta en el cambio. Además de la orientación teórica del terapeuta son muchas las variables que le atañen. Por ello nos parece oportuno adoptar la clasificación de Beutler, Crago y Arizmendi (1986, pág. 258), que se reproduce en la figura 7.

Seguimos con la revisión que Beutler *et al.* (1986) hacen de la investigación acerca de estas variables. Señalan que de entre las variables extraterapéuticas (personales) y externas, la *edad* presenta varios problemas metodológicos. Por un lado, puede estar contaminada

Figura 7.

Características externas observables

Características extraterapéuticas	*Características terapéuticas*
Edad Sexo Raza Status socioeconómico	Experiencia y formación Estilo terapéutico Intervenciones terapéuticas
Personalidad Bienestar emocional Valores	Actitudes Influencia social Expectativas

Características internas inferidas

con la experiencia, y, por otro, posiblemente su efecto puede no ser unidireccional. En efecto, entre clientes jóvenes con problemas de ajuste un terapeuta joven presenta un efecto moderadamente positivo, pero no se da así en otros casos. De todas maneras, los efectos de esta variable parecen ser poco importantes. En cuanto al *sexo* del terapeuta parece ser que las mujeres resultan más favorecidas en los estudios empíricos, ocupando un segundo lugar la coincidencia de sexo entre terapeuta y cliente. La coincidencia entra la *raza* del terapeuta y la del cliente no ejerce tanta influencia positiva como una actitud racial común. Actitudes raciales opuestas pueden generar problemas en el curso de la psicoterapia. No existen suficientes estudios sobre la influencia del *status socioeconómico* del terapeuta.

El grado de sofisticación metodológica que requiere la evaluación de las variables extraterapéuticas internas ha dificultado el avance de la investigación en esta área, o bien sólo ha posibilitado el desarrollo de estudios muy simples. Los estudios realizados sobre variables de *personalidad* muestran resultados no concluyentes o contradictorios. La

variable de *bienestar emocional* muestra una clara influencia positiva en el resultado terapéutico en casi todos los estudios. Sin embargo, de esto no se deduce necesariamente que el hecho de que el terapeuta haya realizado una psicoterapia personal tenga un buen efecto terapéutico. En la medida en que la psicoterapia personal funcione puede ser que mejore la autoestima y confianza en sí mismo del terapeuta, lo cual repercute positivamente en la terapia con el cliente, pero también hay estudios que revelan efectos negativos como resultado de la psicoterapia personal del terapeuta. Ya hemos visto cómo los distintos modelos tienen posturas diversas al respecto.

El estudio de los *valores* puede resultar de suma importancia puesto que éstos pueden influir en los sistemas de creencias de los clientes. Sin embargo, la imprecisión científica acerca de los valores, actitudes y creencias hace difícil su evaluación, y, por tanto, su investigación metodológicamente sólida. La elección de terapeuta no parece estar influida por el deseo de coincidir en los valores, a excepción de aquellos que buscan consejeros o psicólogos vinculados a una orientación o congregación religiosa. Una vez iniciada la terapia, se observa una tendencia a que las díadas exitosas sean aquellas en las que el cliente adopta ciertos valores del terapeuta, especialmente si al inicio existía cierta discrepancia.

Las variables terapéuticas internas representan en parte las llamadas inespecíficas o factores comunes de la psicoterapia (véase 5.4). Las *actitudes terapéuticas* desarrolladas en la relación terapéutica que Rogers (1957; Rogers y Carkhuff, 1967) propuso (empatía, consideración positiva incondicional y congruencia, véase 3.2.3) se han aceptado como relevantes por la mayoría de las escuelas terapéuticas. Sin embargo, la investigación empírica no parece haber dado el apoyo esperado a tales actitudes. Beutler *et al.* (1986) señalan el problema de medida de tales actitudes, realizada a menudo por observadores externos a veces con baja fiabilidad. Gurman (1977), por otro lado, afirma que lo importante no son las actitudes en sí sino cómo las recibe el cliente, y aporta datos que apoyan la influencia positiva de tales percepciones en el resultado de la terapia (véase 4.3). Sin embargo, se tiende a pensar que tales actitudes terapéuticas no son una cualidad intrínseca del terapeuta sino que el cliente participa también en su activación, por lo que varía de cliente a cliente. Así, resulta más recomendable estudiar estos aspectos como interacción cliente-terapeuta.

La *influencia social* del terapeuta ha sido una variable derivada de la literatura de psicología social que ha sido dificultoso operacionalizar para la investigación terapéutica. Frank (p. ej., 1961) ha defendido la idea de la psicoterapia como un proceso de influencia social, hasta el punto de compararlo con la retórica, basada en la credibilidad y prestigio del terapeuta como componentes de su poder argumentativo. Mientras que algunos autores la definen como compuesta de «expertitud» (*expertise*), capacidad para inspirar confianza y atractivo personal, otros consideran que la credibilidad está compuesta de las dos primeras, y una tercera postura defiende a la persuasión en tanto englobadora de las demás. En términos generales, parece que se ha demostrado el papel positivo de la capacidad de influencia social del terapeuta en el resultado de la terapia, siendo la característica específica de «expertitud» la más potente.

También se han investigado las *expectativas* del terapeuta, aunque algunos estudios no presentan garantías o proporcionan resultados contradictorios. Al revisar estos estudios, Beutler *et al.* (1986) concluyen sugiriendo que «hay mejora terapéutica en la medida en que las expectativas del terapeuta reflejan una información precisa acerca de la conducta del cliente, y son lo suficientemente flexibles como para acomodar nueva información en el curso del tratamiento» (pág. 282).

De entre las variables externas terapéuticas, la que hemos denominado *experiencia y formación* (*professional background*) se compone de tres aspectos distintos: experiencia, nivel y tipo de formación. En la práctica la experiencia se ve a menudo acompañada de mayor nivel de formación, cosa que dificulta su evaluación diferenciada. En estudios en los que se expuso a terapeutas de distinto nivel de experiencia (en términos de número de casos tratados) a las mismas problemáticas de pacientes (representadas por actrices), los resultados sugieren que los terapeutas experimentados presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes. La experiencia y formación se han estudiado también en relación con la investigación de procesos, donde se observan más cambios y efectos específicos. Sin embargo, estas variables influyen más en los resultados de casos particularmente graves o complicados, en las mejorías en fases tempranas de la terapia y en una menor tasa de abandonos.

El *estilo terapéutico* se refiere a las conductas automáticas del

terapeuta que no se derivan directamente del modelo teórico al que se adscribe. En cuanto a los aspectos verbales, los estudios sobre la directividad del terapeuta no parecen aportar un valor predictivo claro cuando se considera como efecto unidireccional, sino que interacciona con algunas variables del cliente. La revelación de aspectos personales (*self-disclosure*) presenta resultados diversos según se trate de estudios con análogos, en los que resulta evidente su efecto positivo, o bien con casos clínicos reales, con resultados mixtos. Parece que ciertas miradas y expresiones paralingüísticas facilitan la persuasión, mientras que determinado contacto ocular, asentir con la cabeza y ciertas expresiones faciales, refuerzan lo que el paciente está expresando y lo animan. Por otro lado, el atuendo del terapeuta y la decoración de su despacho parecen tener efectos sólo en las primeras sesiones. A pesar de que este aspecto es bastante asequible al control metodológico, no se han realizado muchos estudios al respecto.

Las variables que englobamos bajo el rótulo de *intervenciones terapéuticas* están muy relacionadas con el modelo teórico del terapeuta puesto que corresponden a la parte más intencional de su actividad. Asimismo, son las que han sido objeto de más investigación en los estudios comparativos de resultados. Pero aparte de la orientación teórica del terapeuta, otra variable a considerar en este grupo es la de los procedimientos técnicos empleados. Algunos estudios han distinguido los procedimientos dirigidos a los aspectos emocionales de los más cognitivos o interpretativos. Los resultados favorecen claramente los procedimientos que confrontan al cliente con sus emociones, y activan su arousal emocional. Por otro lado, otra de las variables consideradas es la competencia, definida como la habilidad o adecuación con la que el terapeuta aplica los procedimientos terapéuticos. Esta cuestión no ha sido atendida hasta hace poco. El uso de manuales y la especificación más concreta de procedimientos ha ayudado a precisar los criterios de evaluación de la competencia. Con ello se ha contribuido indirectamente a completar su formación práctica, como aportación para incrementar la competencia de los terapeutas. Los pocos estudios existentes muestran una relación positiva de esta variable con el éxito terapéutico.

En resumen, podemos decir que las variables del terapeuta contribuyen en alguna medida al éxito terapéutico, aunque se requiera más investigación para determinar su tasa de influencia. Por otro lado, muchas de estas variables deberían estudiarse en el contexto de

la interacción con las variables del cliente, aspecto que tratamos a continuación.

— *Variables de la interacción terapéutica*

Estas variables son las menos estudiadas, por entrañar mayor complejidad tanto conceptual como metodológica. A la vez son las más prometedoras para la predicción de resultados terapéuticos. Se refieren, tanto a la interacción entre variables del cliente y variables del terapeuta, como a aspectos de la relación terapéutica. Empezando por estos últimos, cabe destacar uno de los hallazgos más sólidos en la investigación de procesos: la calidad de la *alianza terapéutica* se relaciona positivamente con el buen resultado de la psicoterapia. Hemos visto cómo la noción de alianza terapéutica, originada en el psicoanálisis, se ha generalizado en un uso amplio para la psicoterapia en general (Bordin, 1979, véase 1.4), y en la parte de investigación de procesos (4.3) veremos los instrumentos diseñados para apreciar su calidad, y sus positivos efectos en la psicoterapia.

Hemos comentado ya cómo los estudios unidireccionales sobre las actitudes del terapeuta no han dado los frutos esperados, y la necesidad de contemplar esta variable del terapeuta con variables del cliente. Por ejemplo, algunos estudios muestran que los pacientes que son sensibles, susceptibles, poco motivados y que reaccionan ante la autoridad, avanzan poco con los terapeutas que son muy empáticos, congruentes y que los aceptan incondicionalmente, actitudes que universalmente se consideran adecuadas para un terapeuta.

En relación con la interacción de variables de terapeuta y cliente, Landfield (1971) y otros autores (véase la revisión de Winter, 1992) han estudiado mediante la técnica de rejilla (ya comentada a propósito del estudio de las variables del cliente) las compatibilidades de diversos aspectos de los sistemas de construcción de ambos. El estudio de Landfield (1971) concluye que aquellas díadas que muestran la menor congruencia entre el *contenido de los constructos* presentan una tendencia estadísticamente significativa a terminar la terapia de forma prematura. Este efecto resulta aún más evidente si se consideran sólo los constructos más supraordenados. La discrepancia en la *estructura del sistema de constructos* se relaciona también con los abandonos de terapia.

Por otro lado, en los casos en que se observó mejoría se dio una convergencia progresiva entre la estructura de los sistemas de cliente y terapeuta (Landfield, 1971). El estudio del proceso terapéutico de Takens (1981) se sumó a estos resultados con la conclusión de que la compatibilidad de contenido y de organización en el sistema de construcción es esencial al progreso de la psicoterapia, aun cuando ambos miembros de la díada no se describan a sí mismos como similares.

En otro estudio mediante la técnica de rejilla en el que se estudiaron las características de los clientes con sintomatología neurótica y su mejoría en relación a su asignación a terapia de conducta individual o bien a terapia de grupo, Caine *et al.* (1981) encontraron que los clientes que mejoraron en la condición de terapia de grupo se caracterizaron por un porcentaje importante de varianza del elemento «self» en el primer componente de la rejilla, aspecto interpretado como autorrelevancia o autoconciencia. Además, sus rejillas preterapia indicaban baja autoestima, lo cual puede sugerir motivación para el cambio. Por otra parte, los clientes que mejoraron en la condición de terapia de conducta se caracterizaron por el hecho de que sus constructos relacionados con el síntoma explicaban la mayor parte de la varianza, lo que lleva a estos autores a afirmar que «si el síntoma ocupa una posición central y supraordenada en el sistema de constructos del cliente, un enfoque de la terapia que no se centre en los síntomas ... es muy probable que no sea efectivo» (Caine *et al.*, 1981, pág. 182). En suma, podemos concluir sugiriendo que la técnica de rejilla puede resultar un instrumento útil para la evaluación de la interacción entre variables del cliente y del terapeuta. De hecho, algunos de los resultados obtenidos permiten hacer ya algunas sugerencias concretas, como acabamos de ver.

En la revisión de Beutler *et al.* (1986), varias de las variables del terapeuta analizadas no demostraron un efecto unidireccional relevante, pero sugerían importantes efectos interactivos. Por ejemplo, la variable de directividad terapéutica parece estar claramente modulada por su interacción con ciertas características del cliente. Son ya clásicos los estudios que muestran que clientes con características de personalidad agresiva y defensiva aumentan su agresividad en interacción con terapeutas directivos, mientras que estos terapeutas directivos obtienen mejores resultados con clientes con atribución externa de control.

En una revisión de estudios comparativos entre psicoterapias analizados de acuerdo con las características de los pacientes, Beutler (véase Beutler y Clarkin, 1990) concluye que (a) la terapia de tipo experiencial (humanista) resulta más adecuada para clientes que emplean preferentemente la actuación externa como recurso; (b) procedimientos de apoyo producen efectos moderadamente positivos entre clientes muy trastornados, mientras que procedimientos de expresión emocional pueden deteriorarlos, y la terapia de conducta aporta resultados similares a los del grupo control. Beutler *et al.* (1986) apuestan por este tipo de investigación dada la utilidad que tienen a la hora de elaborar propuestas de integración técnica sistemática (véase 5.2).

— *Algunos comentarios críticos a la investigación de resultados*

La mayoría de los estudios de comparación de resultados de las psicoterapias adolecen de una serie de problemas metodológicos importantes. Por mencionar sólo tres:

1. *Problemas de la muestra.* A menudo estos estudios no emplean muestras ni homogéneas ni representativas. A veces los investigadores, conscientes de este problema, realizan una serie de pruebas estadísticas univariadas para demostrar la uniformidad de las muestras. Cuando estas diferencias aparecen algunos optan por descalificar su importancia, mientras que otros las hacen covariar en el análisis final de los datos. Estas estrategias adolecen de varios problemas:

a) el poder de estas pruebas univariadas se ve menguado tanto por el tamaño reducido de la muestra como por el número de grupos comparados;
b) la ausencia de diferencias estadísticamente significativas no garantiza que estas diferencias no interactúen con el tratamiento;
c) el camino recto a seguir no es la probatura de la ausencia de diferencias sino la representatividad de la muestra respecto de la población. Pocos estudios comparan las muestras empleadas con la población de la que se extraen (censo de estudios epidemiológicos, índices de prevalencia, tipicidad

dentro de los clientes que acuden al servicio donde se realiza la investigación, etc.);

d) el procedimiento de inclusión de sujetos es un elemento crucial para la representatividad de la muestra. Por ejemplo, no resultan comparables muestras de pacientes derivados a un servicio (grupo experimental) y alumnos de facultad voluntarios (grupo control).

2. *Problemas de los instrumentos de evaluación.* Muchos estudios se basan en instrumentos con poca base psicométrica (o ninguna) en cuanto a su fiabilidad y validez. A menudo los estudios comparativos emplean por primera vez un instrumento y pretenden que el propio estudio sirva para su validación. Es obvio que de este estudio no se pueden extraer conclusiones fiables en cuanto a los tratamientos. No sabemos si es el instrumento o el tratamiento el que produce los efectos.
3. *La orientación del investigador influye en los resultados.* En las conclusiones de su monumental estudio Smith *et al.* (1980) ya señalaron que el tamaño del efecto de los estudios resulta mucho mayor cuando el investigador participa de la orientación de una de las técnicas comparadas. Desde los clásicos trabajos de Rosenthal acerca del efecto del experimentador en la década de los sesenta, la variable orientación teórica del investigador ha podido aislarse como una variable controlable y que, además, empíricamente ha mostrado tener gran poder predictivo.

Es cierto que existe un sesgo importante en la investigación comparativa de los resultados en cuanto al investigador, señalado ya por varios autores, relativo a que sólo realizan estudios aquellos que creen o tienen vocación de probar empíricamente la efectividad de sus propuestas. Por ejemplo, algunos enfoques humanistas no han generado investigación suficiente justamente por este motivo, por lo que es difícil estimar su eficacia meramente por la falta de estudios. Al contrario, los enfoques conductuales y cognitivos han sido especialmente prolíficos. Sin embargo, estos hallazgos cuestionan más seriamente la investigación de resultados. Una de las primeras implicaciones es que los estudios metaanalíticos recientes deben controlar

esta variable, como ha sucedido al revisar la efectividad de los tratamientos sobre la depresión (Robinson, Berman y Neimeyer, 1990).

La influencia del observador en el fenómeno es una cuestión de hondas repercusiones epistemológicas incluso en el campo de la física (Feixas y Villegas, 1990). Aunque esta influencia ya ha sido puesta de manifiesto en otras ocasiones en la investigación psicológica, la interpretación de estos resultados es compleja, e implica no sólo las antes mencionadas cuestiones epistemológicas sino también otras relativas a la ética del investigador.[67]

Por otro lado, la investigación de resultados (y, por tanto, su conclusión de que todas las psicoterapias producen resultados similares) es discutible también por sustentarse en los requerimientos antes mencionados de homogeneidad de la muestra y estandarización del tratamiento (imprescindibles para detectar los efectos principales de los tratamientos). Sin embargo, aun cuando se cumplan escrupulosamente, estos requerimientos nos impiden captar las interacciones que podrían resultar relevantes. Vamos a poner un ejemplo ilustrativo que, como la investigación del NIMH sobre la depresión (Elkin *et al.*, 1989),[68] está bien diseñado para comparar la terapia cognitiva de Beck *et al.* (1979) con el enfoque dinámico-interpersonal (Klerman *et al.*, 1984) (ambas manualizadas), un tratamiento psicofarmacológico (imipramina con su correspondiente control médico) y una condición de placebo en cuanto al fármaco (píldora-placebo con su correspondiente control médico). Las variables más importantes

67. Desde nuestro punto de vista, sin embargo, este hecho no es ni sorprendente ni dramático. No es sorprendente, porque sabemos que los investigadores no pueden funcionar en la práctica del modo que Popper describe, esto es, mostrando que sus teorías son falsas, mostrando en definitiva que ellos no poseen la verdad. Y tampoco es dramático, porque la racionalidad que gobierna la ciencia no es una racionalidad instantánea o inmediata que dependa de la conciencia individual, sino que es una racionalidad abstracta, a largo plazo, que se asienta en el hecho de que la ciencia es una empresa epistémica institucionalizada y pública, en la que cualquier contribución puede ser contrastada y corregida por las contribuciones de los demás (véase Miró, 1989a, b).

68. Este estudio aporta la ventaja adicional de realizarse en varios centros de atención psicológica de varios puntos de Norteamérica, aglutinando una muestra considerable de pacientes. Con su carácter colaborativo es el de mayor envergadura realizado en este ámbito. Sin embargo, los resultados obtenidos, aunque aportan datos interesantes relativos a otros aspectos, no permiten detectar una diferencia en la efectividad de las formas de psicoterapia empleadas.

se controlan con rigor, los clientes se evalúan cuidadosamente al inicio y al final del tratamiento, los terapeutas son evaluados para asegurar el grado en que aplican correctamente el tratamiento, etc.

Esta metodología, aunque correcta para captar la efectividad diferencial de los distintos tratamientos, nos impide elucidar los efectos interactivos de los tratamientos de acuerdo con las diferencias individuales por los siguientes motivos:

a) dada la ausencia de un marco teórico, los tratamientos y las características del cliente se han elegido por motivos prácticos. Por ejemplo, el tratamiento cognitivo y el farmacológico pueden haber sido elegidos por su fiabilidad de aplicación y sistematización, pero no de acuerdo con un criterio teórico;
b) la selección de los pacientes de acuerdo con una categoría diagnóstica impide valorar si las terapias tienen un efecto diferencial en otras dimensiones del cliente (rasgos, estados). Una teoría aceptable de la psicoterapia no actuaría igual para todos los clientes deprimidos sino que se adaptaría al cliente en función de ciertas dimensiones;
c) manualizar las terapias fomenta la constancia de aplicación del tratamiento para todos los clientes, pero olvida el principio de la especificidad de la terapia. Una psicoterapia adecuada debería ser flexible, un objetivo contrapuesto con la manualización.

Finalmente, Schülte (1985) señala el obstáculo que supone la investigación comparativa de resultados para evaluar el valor diferencial de cada técnica de acuerdo con objetivos específicos en condiciones muy determinadas. Una investigación más minuciosa y específica permitiría no sólo averiguar qué técnica es más apropiada para determinado fin dadas unas condiciones particulares, sino también precisar «las variables que deben concurrir para que un método alcance realmente el efecto deseado» (Schülte, 1985, pág. 275).

Hasta el momento la investigación de resultados no ha conseguido escapar de la comparación de «marcas» de terapia en clientes de una determinada patología, y además no ha sido capaz de demostrar la interacción entre tratamiento y patología. La búsqueda de patro-

nes diferenciales entre clientes homogéneos en cuanto a su patología y paquetes de tratamiento estructurados lleva a exagerar la importancia tanto de las entidades diagnósticas como de las «marcas» terapéuticas. La aglomeración de tales estudios en procedimientos metaanalíticos no hace más que complicar las cosas.

Una vez aclarada la efectividad de la psicoterapia en términos generales, y aliviado el complejo que creó Eysenck en los psicoterapeutas, la investigación que busca efectos generales quizá debería abandonarse en un futuro próximo en favor de diseños más creativos. Más que basarse en tratamientos estandarizados en una muestra restringida a una categoría diagnóstica determinada, debería fomentarse la investigación de procedimientos o componentes más específicos relacionados con características del cliente relevantes a partir de una teoría potente de las diferencias individuales. En estos estudios los tratamientos manualizados se podrían comparar con otros más flexibles que variasen de cliente a cliente en función de sus diferencias individuales más relevantes, estableciendo así diversos grados de ajuste de los procedimientos a las variables teóricamente relevantes de los clientes. De nuevo resulta necesario un modelo complejo, como el de parámetros de Pelechano (véase 1989a), que permita apreciar no sólo los efectos de las variables estimulares con respecto a las diferencias individuales sino también en relación con las moduladoras, dilucidando así lo que seguramente se revelará como una intrincada red de interacciones y modulaciones entre variables.

4.3. El estudio del proceso terapéutico

Aunque la investigación científica sobre el proceso terapéutico es reciente —poco más de treinta años—, el interés por sistematizar el curso del tratamiento se remonta a los primeros estudios modernos en psicoterapia. De hecho, antes de que la cuestión de la eficacia de la psicoterapia se convirtiera en el tema central, la investigación se dirigía a la descripción del curso de la terapia. Tales intentos derivaban de estudios narrativos de casos clínicos que pretendían sistematizar su exposición y contrastar algunas hipótesis clínicas. Aunque estaban muy cerca de la práctica clínica, estos estudios eran fundamentalmente especulativos y se encontraban muy alejados de la mentalidad de la investigación empírica. Por esta razón, cuando

sobrevino la crisis de legitimidad de la psicoterapia, hacia la mitad del siglo, los investigadores quisieron ganar distancia respecto a estos estudios anteriores. Así, durante las dos décadas siguientes a los años cincuenta se produjo cierta escisión entre la investigación de resultados y la investigación sobre el proceso terapéutico. Paralelamente, se produjo también un alejamiento entre los intereses de la investigación terapéutica y los intereses del clínico aplicado.

Sin embargo, la investigación sobre el proceso terapéutico fue haciéndose cada vez más empírica. A partir del marco de la psicoterapia centrada en el cliente, durante la década de los años sesenta se desarrollaron los primeros instrumentos para medir las «condiciones necesarias y suficientes» propuestas por Rogers para el éxito de la psicoterapia (p. ej., Truax y Carkhuff, 1967, véase 4.2). A la vez, los nuevos métodos de registro (audio y vídeo) fueron permitiendo la génesis de instrumentos de medida para estudiar la comunicación verbal y no verbal en el seno de la sesión terapéutica. A mediados de los años setenta apareció el primer manual dedicado a la investigación científica sobre el proceso terapéutico (Kiesler, 1973).

A partir de los años ochenta, paralelamente al consenso alcanzado sobre la eficacia de la psicoterapia y a la problemática ausencia de eficacia diferencial de las distintas terapias, se ha producido un creciente interés por investigar el proceso psicoterapéutico. Asimismo, se han multiplicado los esfuerzos por integrar la investigación de procesos y de resultados. De hecho, durante estos últimos años han aparecido varias monografías sobre la investigación del proceso terapéutico (p. ej., Dahl *et al.*, 1988; Greenberg y Pinsof, 1986; Rice y Greenberg, 1984). También se ha abierto una sección especial dedicada a este tema en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, aparte del *Journal of Psychotherapy Integration* y de *Psychotherapy Research* (órgano oficial de SPR), que incluyen abundantes investigaciones sobre el proceso terapéutico.

Siguiendo a Orlinsky y Howard (1986), la cuestión clave que subyace a la investigación del proceso terapéutico es: «¿Qué es lo auténticamente terapéutico de la psicoterapia?». Esta pregunta, como indican Bastine *et al.* (1989), puede descomponerse en otras dos preguntas clave: «¿Qué cambios tienen lugar en terapia?» y «¿cómo se producen tales cambios?». Kiesler (1985) ha llamado a la necesidad de vincular estas dos preguntas el «eslabón perdido» (*the missing link*) de la investigación terapéutica.

Bastine *et al.* (1989) han puesto de manifiesto los factores que han hecho posible este reciente resurgir de la vieja cuestión del proceso terapéutico. Entre los factores que indican figuran los siguientes:

1. La existencia de una mayor dependencia entre la investigación de proceso y la de resultados basada en la necesidad de conseguir una visión contextualizada del cambio terapéutico.
2. Una visión del proceso terapéutico como algo no necesariamente homogéneo y subdividible en unidades más pequeñas o episodios, como reza el eslogan popularizado por el equipo de Greenberg «cuanto más pequeño, mejor» (*smaller is better*).
3. La existencia de nuevos procedimientos diagnósticos que permiten la consideración diferencial de factores verbales, paraverbales, gestuales, etc.
4. El perfeccionamiento de los recursos técnicos (audio y vídeo) para el registro de las sesiones de terapia así como para su evaluación mediante el procesamiento electrónico de los datos.

– Aproximaciones a una definición de la investigación sobre el proceso psicoterapéutico

A pesar de que la investigación científica sobre el proceso terapéutico tiene una corta historia, en la actualidad se habla de dos «generaciones» de investigadores que poseen formas distintas de entender la investigación de procesos. La «primera generación» estaría representada por el manual de Kiesler (1973) *El proceso de la psicoterapia* que, de un modo casi enciclopédico, recoge los métodos y la experiencia investigadora desarrollada en el área hasta principios de los años setenta. La «segunda generación» queda representada por la obra editada por Greenberg y Pinsof titulada *El proceso psicoterapéutico: Un manual de investigación* (1986).

Kiesler (1973) entiende por investigación de proceso «cualquier investigación que, totalmente o en parte, contenga como datos alguna medida directa o indirecta de la conducta del paciente, del terapeuta o de la díada (interacción paciente-terapeuta) en la entrevista

terapéutica» (pág. 2). Lo más característico de esta definición es que restringe la investigación de proceso a lo que ocurre dentro de la sesión terapéutica. Por otro lado, es operativa por cuanto permite una delimitación precisa del área. Sin embargo, resulta insuficiente. Como argumentaron los investigadores de resultados durante la década de los sesenta, la investigación de procesos sin resultados es baladí. Por otro lado, el mismo Kiesler (1973) se lamentaba del predominio de los diseños de investigación de resultados antes-después, porque éstos pasaban por alto la forma de la función del cambio terapéutico. No obstante, la definición de Kiesler venía a perpetuar la dicotomía entre procesos y resultados, porque entiende que la investigación de proceso tiene que ver con lo que ocurre dentro de la sesión terapéutica, y la de resultados, con los cambios que ocurren en el paciente, fuera de la sesión y al terminar el tratamiento.

Greenberg y Pinsof (1986) toman como punto de partida el cuestionamiento de la dicotomía entre proceso y resultado y proponen una «nueva perspectiva» del proceso en la investigación psicoterapéutica. En esta nueva perspectiva, la definición de la investigación de proceso ya no se fundamenta en la distinción entre «dentro y fuera» de la sesión terapéutica, sino que se centra en el estudio del proceso de cambio producido por el tratamiento psicológico. Greenberg y Pinsof (1986) ofrecen la siguiente definición de la investigación de proceso:

> Es el estudio de la interacción entre los sistemas del paciente y del terapeuta. El objetivo de la investigación del proceso es identificar los procesos de cambio que tienen lugar en la interacción entre esos sistemas. La investigación de proceso cubre todas las conductas y experiencias de esos sistemas, dentro y fuera de las sesiones de tratamiento, que afectan al proceso de cambio (pág. 18).

En contraposición a la definición de Kiesler, ésta es conceptual y define un objetivo específico que debe guiar la investigación de proceso: «Identificar los procesos de cambio». En este enfoque el tratamiento se ve como la interrelación de dos sistemas: el sistema del paciente y el del terapeuta. El primero está constituido por todas las personas que están o pueden estar implicadas en la resolución del

problema del paciente y que pueden integrarse en el tratamiento en algún punto del mismo. El sistema del terapeuta está formado por la persona del terapeuta y el sistema asistencial del que forma parte (institución pública o privada). Greenberg y Pinsoff (1986) consideran también que al centrar la investigación sobre el proceso de cambio se abre un puente entre la investigación terapéutica y la práctica de la psicoterapia, ya que sin duda un mayor conocimiento de cómo se desarrolla el cambio permite a los clínicos aplicados facilitarlo de forma más efectiva.

— *La complementariedad entre procesos y resultados*

En la actualidad, la dicotomía entre investigación de procesos y de resultados tiende a explicarse por razones históricas inherentes a la evolución de la investigación científica en psicoterapia, más que por razones sustantivas. En realidad, ha habido muchos esfuerzos por integrar ambas tradiciones de investigación, ya que conceptualmente parece claro que entre procesos y resultados existe una relación complementaria, en lugar de dicotómica. Como Bergin y Lambert (1978) indicaron, decir que un tratamiento es mejor que otro no resulta muy informativo si no se especifica también qué es lo que funcionó en el tratamiento. Esta especificación no corresponde únicamente a la descripción de los elementos del paquete de tratamiento (las intervenciones del terapeuta), sino que hay que tener en cuenta también la experiencia del paciente de la terapia (el problema de la «absorción del tratamiento»). Por tanto, la investigación de resultados necesita complementarse con la investigación de procesos y viceversa. En palabras de Greenberg y Pinsof (1986):

> A medida que los investigadores de resultados empezaron a darse cuenta de que la investigación de resultados sin medidas de proceso en la terapia nunca iluminaría los mecanismos de la psicoterapia, los investigadores de proceso empezaron a darse cuenta de que la investigación de proceso que eventualmente no está unida a algún tipo de resultado es en último término irrelevante (pág. 6).

Mientras a nivel conceptual la complementariedad entre procesos y resultados parece obvia, no sucede lo mismo a nivel metodológico. El problema es: ¿Cómo relacionar procesos y resultados? La

forma de abordar esta pregunta es lo que marca la diferencia clave entre la «primera» y la «segunda» generación de investigadores del proceso terapéutico. En este caso, como en otros relevos generacionales, los hijos han partido de la crítica a los padres y han intentado no cometer los mismos errores. Veamos estas diferencias con mayor detalle.

La *perspectiva tradicional* buscaba establecer relaciones significativas entre algunas variables de proceso intrasesión, aisladas de su contexto (generalmente medidas por índices de frecuencia), y la cantidad de cambio observado en el paciente al finalizar el tratamiento o durante el seguimiento. Usualmente, se utilizaron dos tipos de estrategias de investigación. En la primera, se intentaban relacionar variables de proceso, medidas en algún punto del tratamiento, con los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento. En la segunda, se promediaban las medidas de las variables del proceso en el curso de la terapia y estos promedios se intentaban relacionar con el resultado intrasesión.[69] Los datos obtenidos con ambas estrategias resultaron desalentadores (Greenberg y Pinsof, 1986). Se encontraron pocas relaciones significativas que se mantuvieran constantes en más de un estudio (Orlinsky y Howard, 1986).

Parte del problema parecía provenir de que la mayoría de los estudios utilizaban unidades de análisis muy específicas, lo cual dificultaba su comparabilidad. Pero los problemas parecían tener raíces más profundas que residían en los mismos supuestos de los que partían:

69. Un buen ejemplo de la investigación de proceso, entendida de este modo, lo constituye el *Therapy Session Project*, llevado a cabo por Orlinsky y Howard (1975). El objetivo del proyecto era desarrollar una metodología adecuada para analizar la sesión terapéutica, considerada como la unidad de observación cuasinatural. En un primer análisis, tanto los terapeutas como los clientes calificaban las sesiones, a posteriori, de «importantes, útiles, afortunadas o buenas» en oposición a «poco importantes, inútiles, desafortunadas o malas». Los 60 clientes que componían la muestra valoraron un total de 890 sesiones, y los 17 terapeutas, un total de 470. En general, en las sesiones calificadas como «buenas» los terapeutas mostraban un elevado grado de empatía con sus clientes que, a su vez, tendían a hacer revelaciones acerca de sí mismos (*self—disclosure*). En las «malas», por lo general, se observaba una ausencia de intervención o un exceso de directividad por parte del terapeuta y, en correspondencia, una actitud de indefensión o rechazo por parte de los clientes.

— Las unidades de análisis eran variables aisladas de su contexto. Por ejemplo, se intentaba vincular el número de interpretaciones ofrecidas por el terapeuta con el resultado de la terapia, pasando por alto el cómo y cuándo se ofrecía la interpretación.

— Se suponía que las variables eran homogéneas durante el tratamiento y dentro de una sesión. Estos supuestos estaban implícitos al utilizar índices de frecuencia. Sin embargo, los procesos terapéuticos varían considerablemente dentro de una sesión y en el transcurso del tratamiento (Rice y Greenberg, 1984).

— Se suponía que el resultado era algo simple y estático que se consigue al finalizar el tratamiento (un resultado con «R» mayúscula). Sin embargo, el resultado puede concebirse como algo relativo y se puede medir en muchos puntos del tratamiento (resultados intermedios o «r» minúsculas). De hecho, es relevante para la investigación distinguir entre: resultado inmediato o impacto (el cambio que se produce en la sesión), intermedio (cambios que se producen fuera de la sesión durante el tratamiento como resultado del mismo) y últimos o finales (cambios en las actitudes y conductas objetivo del tratamiento) (Greenberg, 1986).

La *perspectiva actual* de la investigación sobre el proceso psicoterapéutico se centra en el estudio de los mecanismos de cambio. Como indica Greenberg (1986), al estudiar el cambio el proceso se vincula inherentemente a algún tipo de resultado. El investigador se centra tanto en los puntos iniciales y finales del tratamiento (o de un segmento clínicamente relevante) como en la identificación de los procesos que han conducido al cambio entre estos dos puntos. De este modo, «la investigación de proceso se convierte en última instancia en el estudio de los mecanismos de cambio» (Greenberg y Pinsof, 1986, pág. 5). Centrarse en el estudio del cambio implica partir de supuestos distintos a los de la perspectiva tradicional:

— Frente al estudio de variables individuales, se propone el estudio de patrones específicos de variables con significación clínica.

— Frente al estudio de variables aisladas, se propone la contextualización de las variables por medio de sistemas de análisis jerárquicos.

— Frente al supuesto de homogeneidad de los procesos en y entre las sesiones, se asume la variabilidad de los mismos.

— Frente a la búsqueda de vínculos con los resultados finales, se busca establecer vínculos con los resultados intermedios.

En resumen, para estudiar el proceso psicoterapéutico, en la actualidad se tiende a aislar pequeños segmentos de dicho proceso en los que se manifiesta cambio en el cliente (Greenberg, 1986; Greenberg y Pinsof, 1986; Rice y Greenberg, 1984). Vamos a ver algunas de las tendencias principales en la investigación de procesos empezando por las más clásicas y siguiendo por las más contemporáneas.

— *La investigación del proceso terapéutico mediante el análisis de contenido*

Se trata de una línea clásica (se incluía ya en el manual de Kiesler, 1973) y ahora bien constituida dentro de la investigación de procesos, que supone la aplicación del análisis de contenido, una técnica multidisciplinar muy utilizada en las ciencias humanas, al discurso del cliente (y del terapeuta). Ello permite hacer inferencias de contenido psicológico a partir de la identificación sistemática de determinadas características de la conducta verbal de los participantes. Por supuesto, esta línea de trabajo no es independiente del interés reciente en el campo de la personalidad por el análisis de las narrativas personales, la psicobiografía y la psicohistoria (p.ej., Runyan, 1982; Singer y Kolligian, 1987), de repercusiones también en nuestro medio (Feixas, 1988; Pinillos, 1988). Puede encontrarse un precursor de esta orientación en Gordon Allport cuyo reto a la psicología sobre la posibilidad de analizar material producido espontáneamente por el sujeto para relatar su experiencia privada (cartas, diarios, autobiografías, memorias) tuvo poca resonancia (¡aunque no nula!). Stone *et al.* (1966) desarrollaron el primer método de análisis de contenido informatizado. Posteriormente, Gottschalk *et al.* (p. ej., Gottschalk y Glesser, 1969; Gottschalk, Lolas y Viney, 1986) desarrollaron un sistema más adecuado para el análisis de los estados psicológicos, y, por tanto, de mayor potencial terapéutico. El análisis de contenido es una técnica con sus raíces propias de uso en una diversidad de disciplinas desde el periodismo a la historia, que está siendo muy utilizada en la psicología (véase Viney, 1983, para una revisión).

En relación con la psicoterapia, merece mención especial el méto-

do desarrollado por Mergenthaler y sus colegas de la Universidad de Ulm (p. ej., Mergenthaler, 1985), que han acumulado y organizado un banco de bases de datos de transcripciones de textos de sesiones de psicoterapia, sujetos a multiplicidad de análisis. Este método se comparó con el ya mejor establecido de Gottschalk en un estudio conducido por Lolas, Mergenthaler y von Rad (1982), proporcionando un grado razonable de consistencia entre ambos procedimientos. Aunque se trata de un desarrollo relativamente reciente, resulta a todas luces prometedor.

En nuestro medio hemos desarrollado también un método de análisis de contenido basado en suscitar y analizar constructos personales (Feixas, 1988; Feixas y Villegas, 1991) que se ha aplicado ya a la investigación psicoterapéutica en grupos de ancianos (Botella y Feixas, 1991).

— *El estudio de las condiciones facilitadoras*

En el marco de la terapia centrada en el cliente surgieron los primeros intentos de medir la relación terapéutica, a partir de las condiciones «necesarias y suficientes» propuestas por Rogers para la psicoterapia con éxito (véase 3.2.3). Las revisiones acerca de estos primeros intentos que abordaban dichas condiciones por medio de la hétero-observación (acuerdo entre jueces) parecían dar un apoyo favorable al cambio en los clientes (Truax y Carkhuff, 1967; Truax y Mitchell, 1971). Sin embargo, las escalas de valoración presentan graves problemas metodológicos, de forma que (a) parecen valorar más un factor global del tipo «buena persona» que actitudes concretas en la terapia; (b) las condiciones descritas parecen ser efectivas sólo en la terapia centrada en el cliente; (c) ser útiles solamente en casos de poca gravedad; y (d) en todo caso deben considerarse condiciones facilitadoras necesarias pero no suficientes (Hill y Corbett, 1993).

Más recientemente, Barret-Lennard (véase 1986) ha abordado el mismo tema utilizando medidas de autoinforme (un cuestionario de 64 ítems que se aplica al acabar la sesión), afirmando que únicamente el cliente puede evaluar su vivencia con respecto al terapeuta. En diversos estudios esta medida se ha correlacionado positivamente con el éxito del tratamiento, aunque ha sido poco utilizada fuera de la tradición de la terapia centrada en el cliente (Gurman, 1977; Greenberg y Pinsof, 1986).

– *El estudio de la implicación del cliente*

Éste es otro constructo integrador entre variables generales y específicas. Datos procedentes de la investigación sobre la alianza terapéutica han puesto de manifiesto que la participación del cliente, su optimismo, la relevancia percibida de la tarea y su responsabilidad están relacionadas con el cambio. Aunque el grado de implicación del cliente parece más bien una variable del cliente, en realidad es una dimensión relacionada con la calidad de la relación y del proceso terapéutico.

Dentro de la tradición de la terapia rogersiana, se han diseñado instrumentos para medir el grado de implicación del cliente en la terapia. *The Experiencing Scale* (véase Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986) es una de las medidas más utilizadas y ha sobrepasado el marco de la terapia centrada en el cliente (Hill, 1990). Consiste en la evaluación que realizan jueces entrenados al escuchar las cintas de la sesión. Esta escala maneja el constructo de «profundidad de la experiencia», que se mide por medio de las características cualitativas del discurso del cliente: el discurso impersonal es indicativo de baja implicación, mientras que el discurso personal en el que se exploran los sentimientos está asociado con una mayor implicación del cliente.

También dentro de la tradición de la terapia centrada en el cliente, se ha utilizado la *Client Vocal Quality* para medir su implicación (véase Rice y Kerr, 1986). En esta escala se clasifican las afirmaciones del cliente en cuatro categorías (focalizadas, emocionales, externas o limitadas) a partir de las cualidades de su voz (energía, tono, timbre, etc.). Los autores de estas escalas han indicado que correlacionan positivamente con la autoexploración, el *insight*, la ausencia de resistencias, la asociación libre de alta calidad, así como con el resultado de la terapia.

No obstante, Greenberg y Pinsof (1986) indican que cuando las medidas mencionadas se utilizan en otros enfoques terapéuticos, los hallazgos son más complejos. Ello sugiere que diferentes tipos de tratamientos requieren diferentes tipos de implicación del cliente. Estos autores proponen que la investigación futura se centre en la posibilidad de utilizar una medida general de implicación del cliente, como la *Participation Scale* (Suh, Strupp y O'Malley, 1986), y una medida específica del tipo de enfoque utilizado: por ejemplo, en la

terapia cognitiva la «inspección de la evidencia» podría ser una medida específica de la implicación del cliente.

— El estudio de la alianza terapéutica

La relación terapéutica ha sido reconocida como un elemento clave en psicoterapia por la mayoría de modelos. Dentro de la tradición psicodinámica, durante los años treinta, surge el concepto de alianza terapéutica. En la actualidad, este concepto ha traspasado las fronteras de la tradición de la que emerge, para imponerse en la investigación encaminada a describir empíricamente los aspectos clave de una relación terapéutica eficaz. En efecto, Bordin (1979) ofreció una conceptualización integradora de la relación terapéutica que ha facilitado su estudio empírico (Greenberg y Pinsof, 1986, véase 1.4). Bordin concibe la relación entre terapeuta y cliente como una alianza que está formada por dos dimensiones: una relacional (o general), formada por el vínculo que se establece entre cliente y terapeuta, y otra técnica (o específica), formada por las tareas y las metas de la terapia. Estas dimensiones resultan complementarias entre sí, de modo que es la correcta combinación de ambas lo que produce una buena alianza terapéutica. La aplicación de la desensibilización sistemática, por ejemplo, puede requerir un tipo de relación distinta de la asociación libre (Greenberg y Pinsof, 1986; Hovarth y Greenberg, 1989).

Junto a la concepción de Bordin varios grupos de investigadores han construido escalas para medir la relación terapéutica. En la mayoría de los casos se han encontrado correlaciones positivas con el éxito del tratamiento. Por ejemplo, Luborsky *et al.* (1988) partieron de la hipótesis de que el primer factor curativo de la psicoterapia psicoanalítica es la experiencia del cliente de una relación de ayuda. Construyeron una escala para operacionalizar este constructo, la *Helping Alliance Scale*, a partir de la cual distinguieron dos tipos de alianza de ayuda altamente correlacionadas entre sí. La tipo 1 representa la percepción que el cliente tiene del terapeuta como una persona que le ayuda y le ofrece apoyo. La alianza tipo 2 corresponde a la experiencia del cliente de trabajar conjuntamente con el terapeuta para superar las dificultades. En los trabajos del grupo de Luborsky, han encontrado una correlación de .58 entre ambas escalas y el éxito del tratamiento (Luborsky *et al.*, 1988).

Por otro lado, el *Working Alliance Inventory* (véase Hovarth y Greenberg, 1989) es una medida muy utilizada con diversas modalidades de psicoterapia. Se administra tanto a clientes como a terapeutas y a jueces/observadores. El metaanálisis de los estudios realizados muestra una relación fiable y positiva, aunque moderada, entre la alianza terapéutica y el resultado positivo de la psicoterapia. Esta relación parece más clara si consideramos las puntuaciones del cliente, en lugar de las del terapeuta o del observador. En resumen, como indican Greenberg y Pinsof (1986), la alianza terapéutica parece ser un potente pronosticador de un buen resultado en la terapia.

— *La «contextualización» de las unidades de análisis*

La tendencia actual de investigar el proceso psicoterapéutico a partir de segmentos significativos del mismo ha popularizado el lema de «cuanto más pequeño mejor», para hacer referencia a la importancia de centrarse en el análisis intensivo de unidades pequeñas pero con significación clínica. El objetivo último es captar los procesos de cambio momento a momento. Para ello es necesario, en primer lugar, resolver el problema de la contextualización de las unidades de análisis, porque el significado depende del contexto. Se han propuesto varios sistemas. Por ejemplo, la propuesta de Greenberg (1986) consiste en un sistema jerárquico de análisis, formado por cuatro niveles o categorías:

— contenido (se refiere al contenido real de lo hablado);
— actos del habla (se refiere a la influencia que ejercen las personas a través de lo que dicen o hacen: aconsejar, informar, discutir... Incluye los sistemas de codificación de respuestas y otras variables paralingüísticas);
— episodios (unidades significativas de interacción terapéutica diseñadas para conseguir un objetivo terapéutico intermedio);
— nivel de la relación (cualidades particulares que se atribuyen a la relación).

La idea central de este modelo jerárquico es que cada nivel (o categoría) sirve de contexto para el anterior. Por ejemplo, en el marco de una buena relación terapéutica, la frase «me siento un niño

pequeño», pronunciada en el contexto episódico de resolver un conflicto, constituye un acto del habla distinto del pronunciado en el marco de una alianza terapéutica pobre, en el contexto episódico de discutir sobre las tareas de la terapia (Greenberg, 1986). En la actualidad se considera que el nivel de categorización episódico es la unidad de mayor significación clínica (Rice y Greenberg, 1984; Horowitz, 1979; Luborsky *et al.*, 1988). Este nivel permite describir interacciones estratégicas particulares en las que cliente y terapeuta están comprometidos en la resolución de un tipo particular de problemática del cliente (Greenberg, 1986). El estudio de acontecimientos de cambio constituye un ejemplo específico de una metodología de análisis centrada en el nivel episódico.

— *El estudio de acontecimientos de cambio terapéutico y el análisis de tareas*

Esta línea de investigación hace referencia al estudio intensivo de patrones específicos de variables con significación clínica. El estudio de los acontecimientos de cambio es un enfoque desarrollado por Rice y Greenberg (1984), por medio del cual se pretende conocer qué intervenciones producen qué tipo de impacto en qué momentos particulares del cliente en terapia. El propósito último de este tipo de metodología es contribuir a la explicación de los mecanismos del cambio en psicoterapia con un nivel de especifidad nunca antes alcanzado en la investigación psicoterapéutica. Siguiendo a Greenberg (1986), un acontecimiento de cambio es un episodio que consta de cuatro componentes:

— una *señal* del paciente que «es una afirmación o un grupo de afirmaciones que indican al terapeuta que el paciente se encuentra en ese momento frente a un problema (o un conflicto) susceptible de intervención» (pág. 62). Algunos estudios han mostrado que estas señales pueden ser fiablemente identificadas por jueces entrenados;

— la *operación del terapeuta*, que se refiere a la intervención realizada por él para facilitar la resolución del problema;

— la *actuación del cliente*, que consiste en la respuesta del cliente a la intervención terapéutica;

— un *resultado intrasesión*, que, en función de la teoría, puede ser la reorganización cognitiva, la resolución de un conflicto, el abandono de una idea irracional, etc.

Teniendo presentes estos componentes, el investigador sobre acontecimientos de cambio en terapia se plantea las siguientes preguntas:

1. ¿Qué actuaciones del cliente en la terapia, o que señales sugeridas como problema requieren y permiten una intervención?
2. ¿Qué operaciones del terapeuta son apropiadas a esas señales? ¿Qué operaciones del terapeuta serán las que mejor facilitarán un proceso de cambio?
3. ¿Qué actuaciones del cliente realizadas a continuación conducirán al cambio? ¿Cuáles son los aspectos de la actuación en que se manifiesta el proceso de cambio y qué permite reconocer como tal un resultado inmediato intraterapia? (Greenberg, 1986, pág. 62-63).

Como se puede apreciar con estas preguntas, un episodio significativo de cambio queda desplegado en una interacción entre terapeuta y cliente que ocurre momento a momento y que tiene un inicio y un fin. Pero para identificar los estados del cliente que se manifiestan en terapia se ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar medidas de diagnóstico de procesos (Greenberg, 1986; Rice y Greenberg, 1984). En contraposición al diagnóstico de personas, el *diagnóstico de proceso* consiste en la definición de estados de interacción persona-situación en terapia que son problemáticos y necesitan intervención. Se trata de manifestaciones concretas en la terapia de problemas específicos, tales como estar en un patrón defensivo, estar experimentando conflicto intrapsíquico, etc. (Greenberg, 1991). Con el desarrollo de medidas de diagnóstico de proceso en la sesión se facilita la investigación del efecto de intervenciones específicas para estados específicos. Por ejemplo, utilizando este enfoque, Greenberg y Dompierre (1981) mostraron que la técnica guestáltica del diálogo de las dos sillas es más eficaz para resolver manifestaciones intrasesión de conflicto intrapsíquico que el reflejo empático.

El estudio de los acontecimientos de cambio requiere el desarrollo de teorías clínicas (o microteorías) adaptadas a contextos específicos, a partir de las cuales el clínico tenga unas bases para buscar elementos específicos en puntos concretos de la terapia. Este objetivo se ha visto fortalecido por el desarrollo de una metodología empíri-

co/racional centrada tanto en el descubrimiento como en la verificación de hipótesis: el análisis de tareas.

Rice y Greenberg (1984) y Greenberg (1991) han adaptado a la investigación sobre el acontecimientos de cambio el enfoque del *análisis de tareas* utilizado en la psicología cognitivo-evolutiva (véase Pascual-Leone, 1984). Con esta metodología se han abordado las preguntas que suscita el análisis de acontecimientos de cambio y se han propuesto explicaciones de mecanismos complejos de cambio terapéutico (véase Greenberg, 1991). Al aplicar el análisis de tareas al estudio de acontecimientos de cambio, el investigador cuenta con una guía empírica y racional (de los datos al modelo y del modelo a los datos) que estos autores han resumido en los pasos que figuran en la tabla 22.

Tabla 22. *Pasos en el análisis de tareas* (adaptado de Greenberg, 1991)

Pasos orientados al descubrimiento:
1. Explicar el mapa implícito del clínico experto.
2. Seleccionar y describir la tarea y el ambiente de la tarea.
3. Verificar el significado de la tarea.
4. Análisis racional de la realización —diagramas de realizaciones posibles.
5. Análisis empírico de la realización —medida de la realización real.
6. Comparación de realizaciones reales y posibles —construir un modelo específico.

Pasos orientados a la verificación:
7. Validación del modelo.
8. Relacionar procesos complejos con resultados.

En resumen, el estudio de los acontecimientos de cambio ha demostrado ser una vía útil para establecer relaciones causales entre procesos psicoterapéuticos específicos que conducen a cambios terapéuticos específicos. No obstante, los acontecimientos de cambio intrasesión deben vincularse con los cambios extrasesión en la vida del cliente (Greenberg, 1986). También hay que vincular estos acontecimientos de cambio con el resultado global del tratamiento. Aun así, esta línea de investigación ha introducido un nivel de especificidad que obliga a la teoría psicoterapéutica a acercarse al nivel de

complejidad de la realidad terapéutica tal como se da momento a momento.

– *La búsqueda de variables integradoras: el modelo genérico*

Teniendo en cuenta la complejidad que encierra el concepto de proceso terapéutico, por un lado, y, por otro, el elevado número de enfoques terapéuticos, no resulta sorprendente que tradicionalmente se hayan utilizado variables muy diversas para estudiar lo que sucede en el transcurso de la terapia. En la actualidad, los investigadores sobre el proceso terapéutico han puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar constructos integradores de variables generales y específicas. Quizás el mayor exponente de esta búsqueda de constructos integradores se concreta en el modelo genérico de Orlinsky y Howard (1986).

Estos autores revisan alrededor de 1.100 medidas de proceso de la psicoterapia de índole diversa a partir de las cuales intentan ofrecer una sistematización de las variables del proceso terapéutico, que denominan «modelo genérico de la psicoterapia». Este modelo resulta representativo de la tendencia actual en la investigación terapéutica hacia la búsqueda de variables genéricas o integradoras que vayan más allá de las variables específicas postuladas por un modelo concreto y que muestren una relación significativa con los resultados de la terapia. El modelo genérico sistematiza las variables del proceso terapéutico a partir de los siguientes cinco elementos conceptuales:

1. El contrato terapéutico, en el cual se define el objetivo, el formato, las condiciones y los límites del trabajo entre cliente y terapeuta. La definición de este marco de trabajo es importante para dar consistencia al tratamiento.
2. Las intervenciones terapéuticas, que engloban las estrategias y procedimientos que utiliza el terapeuta para ayudar al cliente a solucionar su problema.
3. El vínculo terapéutico, que consta de tres elementos: los roles diferentes de paciente y terapeuta, la resonancia empática que les permite funcionar en la misma onda, y la afirmación mutua que implica el mutuo respeto y deseo de bienestar del otro.
4. La autorreferencialidad del cliente, que se refiere a la rela-

ción del cliente consigo mismo, su estado afectivo, ideacional... y otros indicadores de la receptividad y capacidad de asimilación de las intervenciones terapéuticas.

5. La realización terapéutica, que se refiere al efecto que tanto las intervenciones terapéuticas como el vínculo terapéutico van teniendo en las sesiones sobre el cliente.

La operativización de estos conceptos genéricos con propósitos investigadores resulta una tarea algo más complicada. Por esta razón, aunque es el fruto de un loable esfuerzo sistematizador, el modelo genérico de Orlinsky y Howard (1986) ofrece poco más que una guía orientativa.

En suma, la investigación de procesos es un campo potencialmente muy interesante, especialmente para el desarrollo de la teoría (o las teorías) sobre el cambio y la psicoterapia. Según Goldfried *et al.* (1990), la investigación de procesos contribuye a una mayor especificación psicológica de los problemas que se esconden debajo de la etiqueta diagnóstica. Por ejemplo, alguien puede sufrir un trastorno depresivo por varios motivos: pérdida y duelo, baja autoestima, problemas interpersonales, conflictos de pareja, falta de habilidades interpersonales, incapacidad de expresar emociones, o debido a una combinación de estos u otros problemas. Ello supone un intento de comprensión de los determinantes del trastorno del cliente y de los mecanismos de cambio. Tal como sugiere Arkowitz (1989), el conocimiento del problema psicopatológico del cliente nos aporta información acerca de qué es lo que anda mal, pero sólo una comprensión adecuada del proceso psicoterapéutico nos podría indicar cómo producir cambio.

Las medidas de proceso pueden resultar también idóneas para identificar relaciones esenciales entre la intervención y el resultado, a la vez que para operacionalizar constructos teóricos. Además, muchos de sus hallazgos resultan clínicamente relevantes y muchas veces inmediatamente útiles al clínico. No obstante, en la actualidad, y a pesar de que Orlinsky y Howard (1986) han resumido hasta 34 hallazgos simples de la investigación de procesos, el conjunto tan diverso de procedimientos, objetivos y variables, incluidos en los estudios, la falta de articulación entre unos y otros, y la ausencia de un marco teórico integrador, dificultan el avance en la acumulación de conocimientos disponibles característicos del proceder científico.

4.4. Investigación psicoterapéutica y práctica clínica

La psicoterapia es un saber práctico, cuya razón de ser reside en su capacidad para ayudar a aliviar el sufrimiento inútil. Por eso, la relevancia clínica constituye el horizonte de definición de la investigación. Sin embargo, la relación entre investigación psicoterapéutica y práctica clínica no ha sido tan fluida como hubiera sido deseable.

En la actualidad, la relación entre la investigación psicoterapéutica y la práctica clínica se encuentra alejada del modelo de «científico-prácticante» que se instauró en Boulder (Colorado, EE.UU.) en 1949 y con el que nació la institucionalización de la psicoterapia en el marco de la psicología científica. De hecho, varios estudios han mostrado que la investigación psicoterapéutica influye muy poco en la práctica clínica. Y los clínicos repetidamente han denunciado la irrelevancia clínica de buena parte de la investigación. Un exponente de este desinterés es que son muy pocos los psicoterapeutas que después de su tesis doctoral (en los países donde se requiere para la práctica) realizan alguna otra investigación, ¡y ni tan sólo leen los estudios que se publican! (Elliot, 1983).

No obstante, existen indicios visibles en la actualidad de que la actitud de los psicólogos académicos está cambiando. En lugar de justificaciones, enraizadas en el hecho de que se encuentran atrapados en las redes de un sistema puramente meritocrático que les lleva a escribir trivialidades metodológicamente sofisticadas y publicables, podemos encontrar en la literatura otro tipo de reflexiones, como la realizada por Goldfried (1991). Este autor comenta irónicamente que si en lugar de académicos los investigadores fueran altos ejecutivos de una empresa, ya habrían analizado minuciosamente sus errores para saber por qué sus productos no se venden entre aquellos que potencialmente son su público. Pensamos que esta reflexión es completamente oportuna y merece una segunda consideración.

Por otro lado, recientemente, en el seno de la APA (American Psychological Association) se ha producido una importante escisión entre los psicólogos académico-científicos y los psicólogos clínicos-practicantes. En 1988 una mayoría de 90.000 afiliados rechazó un plan diseñado para terminar con el divorcio entre los psicólogos clínicos investigadores y los practicantes. Como resultado de este hecho, se produjo una escisión entre los psicólogos clínicos que sostie-

nen que es necesario que la investigación y la práctica se apoyen en argumentos científicos, y los clínicos practicantes que promueven criterios de eficacia y rentabilidad inmediatas. Los primeros han abandonado la APA y han fundado la American Psychological Society, que emerge como una asociación expresamente dedicada a preservar los fundamentos científicos de la investigación psicológica y que agrupa principalmente a psicólogos académicos. El impacto de estos hechos todavía no se conoce. Pero, como indica Mahoney (1991), esta escisión se ha producido en un momento en que la psicología necesita una mayor cohesión. De hecho, en el mismo año en que se produjo esta escisión, el presupuesto otorgado a la investigación psicológica, por el Consejo Nacional de Investigación en los EE.UU., se redujo en un 25 % (véase Mahoney, 1991, págs. 62-64). Paralelamente, el prestigio social, el nivel de ingresos y el poder (político) dentro de la APA de los psicoterapeutas practicantes han crecido considerablemente en los EE.UU. durante la última década.

Desde nuestro punto de vista, una de las razones que contribuye a explicar esta escisión reside en el «cientismo» (Mahoney, 1989) que ha imperado en la psicología durante el presente siglo. Porque es constitutivo de la «mentalidad cientista» el considerar que el objeto de estudio de la psicoterapia es simple, tan simple como los fenómenos estudiados por la física clásica. En demasiadas ocasiones, esta mentalidad conduce a construir modelos que apenas alcanzan a ser una caricatura de la realidad a la que se enfrenta el terapeuta en la práctica clínica. Hill y Gronsky (1984) han abordado este problema, y proponen las siguientes premisas para hacer la investigación científica en psicoterapia más relevante:

a) en lugar de una «verdad» (ley universal de la conducta), existen múltiples realidades dependiendo del punto de vista del observador;
b) los fenómenos clínicos son difícilmente definibles, a la vez que reactivos y difíciles de cambiar;
c) los seres humanos deberían ser estudiados holísticamente en lugar de parcelarse;
d) los modelos sistémicos o circulares de causalidad pueden resultar más útiles que aquellos basados en la causalidad lineal.

Por otro lado, esta actitud «cientista» ha favorecido tambien la concepción de la psicoterapia como un campo aplicado, completamente distinto de la investigación básica. La primera trataría con los «hechos», mientras la segunda quedaría reservada a la «teoría». En detrimento de la construcción teórica en psicoterapia, esta perspectiva ha favorecido la identificación de terapia con «técnica» y la investigación psicoterapéutica se ha centrado en los efectos inmediatos del contexto terapéutico, en el intento de contestar la pregunta de si la técnica «x» funciona mejor que la técnica «y».

Vale la pena recodar aquí el conocido aforismo de «en la práctica, no hay nada más útil que una buena teoría», porque las teorías asisten al terapeuta a la hora de situar lo que el cliente dice o siente en el más amplio contexto de la experiencia humana y, de este modo, le permiten planificar una intervención (Guidano, 1991). Ni la investigación psicoterapéutica ni la práctica clínica pueden prescindir de la construcción teórica.

CAPÍTULO V

EL RETO DE LA INTEGRACIÓN

Hemos visto cómo el desarrollo histórico de la psicoterapia se puede narrar como una sucesión de propuestas de enfoques terapéuticos que conllevan visiones distintas de los problemas humanos y de la forma de resolverlos. Nuestro esfuerzo sistematizador (y simplificador) en los cinco modelos descritos en los capítulos del bloque de la aproximación téorica ni tan siquiera oculta la creciente proliferación de enfoques y perspectivas psicoterapéuticas. Si atendemos a los mensajes contenidos en la mayoría de estos enfoques creeremos que cada uno es único, diferenciado de los demás, y supuestamente mejor. Asimismo, cada uno desarrolla su propia terminología de forma que el diálogo entre orientaciones resulta confuso. Y no es sólo un problema de lenguaje sino que también las diferencias epistemológicas y de visión del mundo constituyen una barrera cuando se intenta plantear un diálogo entre escuelas.

Por otro lado, la pertenencia a una orientación teórica o escuela determinada deviene una importante seña de identidad para muchos psicoterapeutas. Así se muestra en la mayoría de encuestas, en las que los psicoterapeutas indican la adhesión a un enfoque determinado. Sin duda, esto tiene grandes ventajas para el practicante de la psicoterapia. Un modelo teórico no sólo proporciona una visión determinada de los problemas y de cómo intervenir, sino también un lenguaje y una estructura científico-social de apoyo (congresos, revistas, sociedades, etc.) que ejerce un importante rol confirmador en el desarrollo profesional del psicoterapeuta.

Sin embargo, hay muchos psicoterapeutas que prefieren no identificarse plenamente con una escuela. Al describir el estado actual de la psicoterapia (2.4), hemos indicado que la tendencia de los psicote-

rapeutas a definirse como «eclécticos» supera a cualquier otra orientación particular. En uno de los estudios que integran los datos presentados anteriormente, Smith (1982) encontró que el 41 % de los 415 psicoterapeutas encuestados se autodenominaba «ecléctico». Pero en realidad esta etiqueta puede entenderse más por lo que no es (no adhesión a una escuela concreta) que por lo que es. Al matizar su respuesta, los encuestados escogían términos bien dispares, lo que refleja la variedad de significados que se recogen bajo esta etiqueta (ya hemos realizado una primera aproximación a las diversas formas de eclecticismo en el apartado 2.4). Esta pluralidad no sólo de enfoques puros sino también de formas de hacer eclecticismo refleja la diversidad actual de la psicoterapia y nos plantea nuevos retos.

Uno de los retos más apasionantes en la psicoterapia de nuestro tiempo es el de evolucionar desde la pluralidad hacia la exploración de un avance común. Ello implica una transición de las posturas eclécticas hacia lo que se conoce en la actualidad como el movimiento integrador en psicoterapia. Esta evolución supone pasar de formas de seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas hacia el esfuerzo por contribuir a una maduración y avance cualitativo del campo de las psicoterapias hacia un clima cooperativo de exploración de la integración. Decimos «exploración de la integración» para distinguir el movimiento integrador del «sueño unificacionista». En efecto, el movimiento integrador pretende fomentar un marco de diálogo que sustituya la «lucha de escuelas» por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques escolares ya existentes. Por otro lado, se trata de enfatizar, y coordinar, los esfuerzos por investigar los mecanismos de cambio descritos por distintos modelos terapéuticos, a menudo con terminología diferente.

Se podría entender el planteamiento del reto de la integración como una muestra de la evolución del campo de las psicoterapias hacia estadios más maduros de desarrollo. Norcross (1986) sugiere que la comunidad psicoterapéutica ha ido evolucionando de un simplismo absolutista y dogmático («mi enfoque es el mejor, por definición, y los demás están equivocados») hacia un relativismo («los enfoques funcionan según los casos»), con la esperanza de llegar a un compromiso ético con un enfoque desde el que evolucionar de forma no dogmática. Es decir, espera que la adhesión a un modelo se fundamente en una elección personal y comprometida con su perfec-

cionamiento en lugar de basarse en el dogmatismo. Sin embargo, a nuestro juicio, tal compromiso con un modelo determinado se hace difícil después de haber reconocido su valor relativo. Una alternativa supone buscar soluciones más abarcadoras y evolucionadas, que intenten integrar aspectos de distintos enfoques en un intento por avanzar un paso más allá de los modelos existentes. Como comentamos en otro lugar (Feixas, 1992a), este avance pasa previsiblemente por el respeto de la diversidad de concepciones del ser humano implícitas en distintos modelos terapéuticos, pero a la vez implica generar propuestas integradoras que, siendo sucesivamente reemplazadas por nuevas alternativas, fomenten la evolución del campo de la psicoterapia. Cada nueva alternativa genera unas preguntas que sugieren nuevos cuestionamientos, en lugar de respuestas definitivas. En la actualidad parece que no hay otro movimiento en psicoterapia que refleje mejor este espíritu que el que se articula alrededor de la SEPI, que cuenta con una sección en nuestro territorio, la SEIP-Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia.[70] Aunque se trata de un marco de confluencia de enfoques y propuestas muy diversas, en el seno de este movimiento se promueve el diálogo para explorar construcciones alternativas que integren las aportaciones ya existentes, en detrimento del dogmatismo «intramodelo» o de escuela.

Siguiendo a Arkowitz (1991) en su escrito inaugural del *Journal of Psychotherapy Integration*, entendemos que el movimiento integrador aglutina en la actualidad esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo: la *integración técnica* (que incluye lo que hemos descrito en el apartado 2.4 como «eclecticismo técnico»), la *integración teórica* (que incluye al «eclecticismo sintético»), y el área de los *factores comunes*. Pero antes de describir estos enfoques vamos a comentar brevemente los factores que han influido en la tendencia hacia el eclecticismo y la integración en los últimos quince años.

70. Para obtener más información sobre esta asociación se puede escribir a SEIP, Pedrucca, 5, 1.° B, 39003 Santander.

5.1. Factores influyentes en la formación del movimiento integrador

Aunque podemos hallar ejemplos aislados de propuestas eclécticas y/o integradoras ya desde los años treinta, el fenómeno del eclecticismo como hecho diferencial en psicoterapia se ubica en la década de los setenta, y, como hemos comentado anteriormente, el movimiento integrador no se forma hasta la de los ochenta. En esta sección vamos a comentar brevemente los factores que han propiciado este fenómeno contemporáneo de la integración en psicoterapia. A continuación presentamos la lista de factores propuesta por Norcross (1986):

1. Proliferación de enfoques psicoterapéuticos.
2. Una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos.
3. Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias.
4. Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias.
5. Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.
6. Factores sociopolíticos y económicos.

En el curso de esta obra hemos procurado ser conscientes del peso y valor de estos factores. Por ello no es de extrañar que al lector no le vengan de nuevo algunos de ellos, como, por ejemplo, el de la excesiva proliferación de «nuevas» psicoterapias. En efecto, la coexistencia de lo que a nuestro juicio (Feixas, 1992a) son construcciones parciales de la realidad terapéutica configura de forma fragmentaria el campo de la psicoterapia. Siguiendo la noción kelliana del «fragmentalismo acumulativo», parece que la psicoterapia ha avanzado «descubriendo» fragmentos de conocimiento parcialmente útiles y válidos, que se han desarrollado de forma independiente y compitiendo entre sí, sin un marco que los hiciera compatibles. El hecho de contar en la actualidad con más de 400 formas de psicoterapia da una idea de la gran capacidad que hemos tenido, como área de conocimiento, para crear construcciones alternativas, pero también de la fragmentación existente. En contraste con la estrategia del fragmentalismo acumulativo, el alternativismo constructivo de

Kelly (1969) nos sugiere abogar por construcciones alternativas más amplias y evolucionadas, que no supongan «un modelo más» a acumular. Aunque esta nueva (re)construcción no nos aporte un nuevo pedazo de «verdad» terapéutica, puede proporcionar una visión alternativa de lo ya existente. Al menos con esta esperanza se han producido la mayoría de esfuerzos en el seno del movimiento integrador.

Hemos realizado también algún comentario con respecto al segundo factor al inicio de este capítulo. En efecto, parece existir un consenso creciente acerca de que no existe un solo enfoque que podamos considerar clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones. De hecho, el motor que ha generado el surgimiento de tantos nuevos enfoques es la insatisfacción con los modelos existentes, la conciencia sobre su inadecuación para determinados casos. Y éste es también el motor que mueve los esfuerzos eclécticos e integradores, pero con una dirección diferente. Si ninguna de las 400 propuestas terapéuticas existentes ha conseguido convencer acerca de su utilidad para con todos los casos, no se trata de crear la número 401 (aunque posiblemente esto haya ya sucedido al publicarse este escrito) sino de plantearse la cuestión desde otra perspectiva. Parece que en los últimos años se va implantando la idea de que una posibilidad es la de explorar la integración de los conocimientos y técnicas ya disponibles que, aunque parciales y con valor limitado, pueden ayudarnos a comprender de forma más amplia y precisa el proceso de la psicoterapia. Otra idea que predomina, también en este sentido, es la de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse al caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo. Esta flexibilización que conllevan los enfoques eclécticos y los integradores tendría que reportar, ya de por sí, una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente.

En otros lugares (2.4 y 4.2) comentamos las conclusiones más generales de la investigación de resultados de las últimas décadas. En síntesis, estas investigaciones nos indican que existen varias formas de psicoterapia que son efectivas, aunque resulta muy difícil poder identificar un enfoque de la psicoterapia como más útil que los demás, aunque nos circunscribamos a trastornos específicos. Varios autores (p. ej., Stiles, Shapiro y Elliot, 1986) han considerado estas conclusiones como una paradoja: aunque los enfoques estudiados pretenden ser muy distintos, conducen a los mismos resultados. La

resolución de esta paradoja pasa para muchos por la cuestión de la integración, tanto en lo que respecta a la identificación de los factores comunes que afectan al éxito terapéutico, como a la complementación de la validez de unos enfoques con la de otros, en un esfuerzo de integración teórica y técnica.

El reconocimiento de la existencia de factores comunes que operan en la mayoría de las psicoterapias, hayan sido o no explicitadas por sus proponentes, se hace cada vez más evidente. Se va extendiendo cada vez más la actitud de buscar los ingredientes comunes entre los enfoques en lugar de centrarse en las diferencias. Por ejemplo, Frank (1961) plantea que los métodos actuales de psicoterapia representan, con algunas variaciones, actualizaciones de procedimientos muy antiguos de curación psicológica. Pero las psicoterapias contemporáneas enfatizan sus diferencias para hacerse más competitivas, de acuerdo con el contexto socioeconómico mercantilista y liberal de nuestra sociedad occidental, por lo que estas diferencias resultan sobrevaloradas. En la actualidad se reconoce, en virtud de los datos disponibles, que los factores comunes explican hasta un 30 % del porcentaje de la varianza del éxito terapéutico (véase 4.2 para más detalles). Si tenemos en cuenta que el porcentaje atribuible al terapeuta es sólo un poco superior al 40 % constatamos el tremendo peso de estos factores comunes en su contribución al cambio terapéutico.

Precisamente son estos mismos datos sobre la contribución de distintos factores al éxito terapéutico los que nos plantean el quinto factor influyente en el auge del movimiento integrador. El reconocimiento de que la mayor proporción de varianza del éxito terapéutico se debe a factores preexistentes del cliente obliga a un replanteamiento de la cuestión. En efecto, no parece muy audaz dedicar la mayor parte de nuestros esfuerzos al desarrollo tecnológico cuando este factor explica tan sólo entre el 10 % y el 15 % del éxito terapéutico. Parecen mucho más lógicos los esfuerzos de sistematización que permitan adaptar los recursos disponibles dentro del campo de las psicoterapias a las necesidades del cliente. En este sentido, hay que tener en cuenta, de forma preferente, cuestiones relativas al cliente, tales como tipo de demanda, estilo interpersonal, disposición al cambio, red social y afectiva, y otras variables relacionadas.

Finalmente, puede verse el movimiento integrador como una respuesta a influencias sociales, políticas y económicas diversas. Especialmente en los Estados Unidos, donde la psicoterapia es financiada

en parte por entidades aseguradoras, existe una gran presión para mejorar la calidad y duración de los tratamientos psicológicos. Por otro lado, el hecho de que un problema pueda tratarse de formas tan distintas según el psicoterapeuta que lo atienda no aporta ningún prestigio a nuestra profesión. Si la diversidad existente en cuanto a enfoques y técnicas ya nos aporta una imagen fragmentaria a los profesionales de la psicoterapia, resulta aún más incomprensible para el resto de la comunidad. Y eso incluye a los responsables de decisiones políticas en centros de salud y de investigación, y a la opinión pública en general. La imagen de una profesión donde impera la «lucha de escuelas», las descalificaciones mutuas, y en la que sus practicantes no son capaces ni tan sólo de dialogar, nos resta mucha credibilidad ante nuestros clientes y la sociedad en general. El espíritu integrador pretende sustituir este clima por la cooperación entre escuelas y el esfuerzo común por hacer madurar nuestro campo no necesariamente hacia una psicoterapia unificada, pero sí hacia una coordinación más consensuada de los recursos disponibles y de la experiencia acumulada durante décadas por los practicantes de las distintas orientaciones. Veamos, pues, distintas variedades de esfuerzos integradores.

5.2. La integración técnica

Más conocida como eclecticismo técnico, esta tendencia del movimiento integrador se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría en la que se han originado. Se caracteriza, por tanto, por un fuerte énfasis en lo técnico en detrimento de la teoría. Fue Lazarus (1967) quien formuló primero esta posición, que despoja de las técnicas los supuestos teóricos que las han generado. Sin embargo, a partir de los años setenta han sido varios los enfoques que han seguido esta filosofía.

Lazarus (véase el debate expuesto en Lazarus y Messer, 1991) ve en la integración teórica un esfuerzo inabarcable e inútil. En dos enfoques cualesquiera se pueden encontrar similitudes, pero también en base a ignorar sus diferencias, que a menudo son fundamentales. Para Lazarus ha existido un énfasis desorbitado en las teorías, lo que ha conducido a una proliferación caótica de enfoques que, con la integración teórica, sólo hace que empeorar, por lo que «necesitamos

menos teorías y más hechos». Su propuesta de eclecticismo técnico enfatiza las técnicas como expresión de lo que los terapeutas realmente hacen con sus clientes. Integrar técnicas permite enriquecer la práctica empleando, sin ningún recelo, los descubrimientos técnicos de escuelas que, a nivel teórico, son incompatibles. Para este autor existe un nivel de observación básico en el que enfoques muy distintos nos revelan fenómenos a considerar después de haber despejado su carga teórica. Y es a este nivel de observaciones de hechos clínicos donde se pueden integrar los recursos técnicos disponibles.

La estrategia de este tipo de integración consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios que deciden cuál es la técnica oportuna con un cliente determinado. La postura del eclecticismo intuitivo, prevalente hasta los años setenta, consiste en seleccionar técnicas de forma idiosincrática, a juicio del terapeuta, de su intuición o experiencia anterior, o quizás en función del último libro leído o taller de fin de semana al que ha asistido. No existe en esta forma de eclecticismo ninguna base o lógica conceptual transmisible sino que la decisión de qué técnica emplear radica en la atracción subjetiva, vivencia o creatividad del terapeuta. Eysenck (1970) ha criticado severamente esta práctica caótica, aún habitual en nuestros días, y que, de hecho, no forma parte de lo que llamamos integración técnica. Al no suponer ningún tipo de avance conceptual ni implicar ninguna lógica integradora, este tipo de eclecticismo no se considera parte del movimiento integrador.

Lo que presentamos como integración técnica se diferencia del eclecticismo intuitivo por seleccionar las técnicas en base a algún criterio definido. En nuestra visión de estos enfoques integradores de carácter técnico (Feixas, 1992a; 1994) distinguimos entre los criterios meramente pragmáticos, los de orientación teórica y los sistemáticos. Esto da lugar a tres formas de integración técnica que comentamos por separado a continuación, describiendo brevemente un enfoque terapéutico como ejemplo de cada una.

— La integración técnica pragmática: el caso de la modificación de conducta

Este tipo de integración selecciona las técnicas teniendo como criterio esencial y exclusivo el nivel de eficacia que han demostrado

en su contrastación empírica. La aspiración de este tipo de integración es conseguir una matriz de «tratamientos x problema» que dicte la técnica más eficaz a emplear para cada caso concreto. Su orientación es fuertemente empírica.

Parece que el modelo que más representa esta aspiración, conocida también como la del paradigma matricial (véase 4.2), es el de la modificación o terapia de conducta moderna. Si bien al principio la terapia conductual se identificaba con la aplicación de los principios conductistas del aprendizaje, en la actualidad admite una gran diversidad de técnicas, siempre que se haya demostrado su eficacia (véase 3.3). Así es que nos encontramos con manuales de técnicas de terapia y modificación de conducta (p.ej., Caballo, 1991) que incluyen, junto a las tradicionales técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante, la intención paradójica, la terapia racional-emotiva, la cognitivo-estructural de Guidano y Liotti, la hipnoterapia y la silla vacía.

— *La integración técnica de orientación: el caso de la terapia de constructos personales*

En esta forma de integración se seleccionan las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una teoría concreta. Es decir, se combinan técnicas de origen diverso, pero en función de una orientación teórica particular. Aunque en esta forma de integración la teoría tiene un papel determinante, no es al nivel conceptual donde se da la integración. Aunque sea un dato a tener en cuenta, tampoco es la eficacia empírica demostrada por la técnica lo que dicta la adopción de una técnica. Se trata de un eclecticismo al nivel de las técnicas guiado por la coherencia con una teoría concreta.

Para que este tipo de integración pueda darse, la teoría en cuestión debe tener un alto nivel de abstracción y dejar abiertas muchas posibilidades técnicas. Un modelo teórico que se haya comprometido con un proceder técnico determinado limita enormemente las técnicas a incorporar. Una de las teorías que goza de esta amplitud de miras y que estimula la generación de alternativas es la terapia de constructos personales propuesta por Kelly (1955), y revisada con su reciente auge en las dos últimas décadas (véase Feixas y Villegas, 1990; Winter, 1992; y nuestro capítulo 3.4). Goldfried (1988) hace notar que los esfuerzos de Kelly (1955) por fomentar la recons-

trucción a través del uso de experimentos conductuales, así como su intento por conceptualizar el cambio psicoterapéutico tanto inductiva como deductivamente, demuestran su tendencia integradora.

La formulación de este modelo terapéutico no implica el uso de ninguna técnica específica sino que se centra en la conceptualización de los procesos de construcción del cliente. Su mayor empeño radica en describir los procesos de cambio posibles y en trazar mapas que permitan entender dónde se halla el cliente, hacia dónde quiere ir y el camino más factible a tomar. Estos mapas indican la estrategia más adecuada para generar un cambio, y la técnica se elige en función de esta estrategia. Así, en la terapia de constructos personales, las técnicas se escogen en función de estrategias de cambio que se derivan de la conceptualización clínica de los procesos de construcción de la persona. Lógicamente, esta conceptualización se basa en la teoría de constructos personales que a su vez se inspira en la epistemología constructivista, de forma que la selección de las técnicas viene determinada jerárquicamente por cuestiones clínicas, teóricas y en última instancia epistemológicas.

En un sentido más específico, Feixas y Villegas (1990) han propuesto los mecanismos de cambio como modelo integrador. En uno de sus escritos, Kelly (1969) apuntó ocho mecanismos implicados en el cambio de los sistemas de construcción. Posteriormente, otros autores (p. ej., Neimeyer, 1987) han elaborado estos mecanismos como estrategias terapéuticas. Feixas y Villegas (1990) desarrollan estas estrategias como elementos integradores de varias técnicas y procedimientos terapéuticos. La exposición detallada de estas estrategias y técnicas excede de los propósitos de este capítulo, pero las hemos sintetizado en la tabla 23. Tal como se expone en nuestra obra antes mencionada, existen otras estrategias terapéuticas a considerar, como la rigidificación/aflojamiento (*tightening/loosening*) y la inducción del rol de observador, para las que también se presentan algunas técnicas.

— *La integración técnica sistemática: la selección sistemática del tratamiento*

En esta forma de integración se seleccionan las técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del tipo de clientes. Se trata de una integración

Tabla 23. *Estrategias y técnicas articuladas en la propuesta integrada de Feixas y Villegas (1990)*

Estrategias	*Técnicas*
1. Cambio de polo del constructo	Uso de la autoridad investida (uso del «poder diagnóstico» para «despsicopatologizar» Uso de la experimentación: A. Focalización verbal B. Dramatización (*enactment*) en vivo C. Asignación de tareas
2. Aplicación de otro constructo del repertorio del cliente	Reformulación del síntoma Reformulación del contexto del síntoma Técnicas circunspectivas (p. ej. *brainstorming*)
3. Articulación de constructos no verbales	Rotulación Asociación libre Focalización corporal (*focusing*) Análisis de sueños: A. Interpretación B. Integración C. Autoproducción Trabajo artístico creativo
4. Contrastación de la consistencia interna del sistema de constructos	Confrontación Disputa racional
5. Contrastación de la validez predictiva del sistema	Comprobación de hipótesis Uso de la experimentación
6. Variación del ámbito de conveniencia de un constructo	Uso de las metáforas del cliente Reconstrucción metafórica
7. Alteración del significado de un constructo	Reconstrucción cognitiva Cambios en la red semántica de implicaciones
8. Creación de nuevos ejes de construcción	Rol fijo Análisis existencial

de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente. La elección de una técnica se hace en función del tipo de cliente, y la clasificación, tanto de técnicas como de clientes, requiere una cierta elaboración teórica. El resultado es un esquema conceptual que indica el tratamiento a elegir según el caso.

Larry Beutler (1983; Beutler y Clarkin, 1990) basa su propuesta en tres ingredientes extraídos de la revisión de las investigaciones disponibles sobre las variables influyentes en el éxito terapéutico. El primer ingrediente supone una sistematización de los modelos existentes en términos de estilos terapéuticos o dimensiones bipolares de intervención (p. ej., directiva-no directiva, centrada en el síntoma-centrada en el conflicto). El segundo implica una selección de variables del cliente (p. ej., complejidad del síntoma, estilo de afrontamiento, nivel de reactancia). El tercer componente de este modelo supone un emparejamiento de estilos terapéuticos con variables del cliente (p. ej., las terapias directivas son indicadas para clientes con baja reactancia). Vamos a examinar estos ingredientes del modelo de Beutler con más detalle.

La *organización de los enfoques terapéuticos* existentes en ejes bipolares supone en sí misma una aportación sistematizadora importante. Beutler observa que los tratamientos psicológicos varían en su grado de directividad, desde aquellos más basados en la autoridad del terapeuta o directivos hasta los menos directivos (o autodirigidos por el propio sujeto). Otra dimensión en la que varían las formas de tratamiento es su foco. Nos encontramos desde las terapias que se centran en los síntomas hasta las que se centran en los conflictos supuestamente inherentes. Utilizando como ejemplo los formatos que Beutler *et al.* (1991) emplean en sus estudios empíricos, vemos que la terapia cognitiva de Beck es a la vez directiva y centrada en el síntoma, la psicoterapia expresiva focalizada (una versión moderna de la terapia guestáltica) es directiva pero centrada en el conflicto, mientras que la terapia de apoyo o autodirigida (una modalidad de autoayuda) es no directiva y se centra más en los síntomas que en el conflicto.

La *selección de las variables del cliente* que determinarán el tratamiento es uno de los aspectos clave del enfoque sistemático de Beutler. La idea de que hay que adaptar el tratamiento a las características del cliente no es nueva en absoluto. La cuestión está en qué

variables considerar. En contraste con la tradición psiquiátrica y psicopatológica, este autor no centra su esquema en variables diagnósticas (p. ej., tipo de trastorno) alegando que la clasificación psicopatológica es un pronosticador empírico muy pobre de eficacia diferencial de tratamientos. Es decir, para un trastorno dado, p. ej. la depresión, no se puede detectar un formato terapéutico que aporte claramente un mejor resultado. Esto le hace pensar a Beutler que las dimensiones diagnósticas son poco relevantes para comprender el cambio terapéutico, puesto que de hecho se han construido en base a criterios de nosología psiquiátrica. Sin embargo, la revisión exhaustiva de las investigaciones disponibles ha permitido que Beutler y Clarkin (1990) hayan seleccionado las variables potencialmente más pertinentes para predecir el cambio producido por los tratamientos psicológicos. Para estos autores estas variables son el estrés motivacional, la gravedad del problema, el estilo de afrontamiento y la reactancia. Vamos a comentar algunas de estas variables.

Por *estilo de afrontamiento* Beutler y Clarkin (1990) entienden las maniobras defensivas conscientes que realiza el sujeto frente a la ansiedad. Se trata de una dimensión que va desde el estilo «internalizador» (autocrítico, deprimido, hipervigilante, autopunitivo, sensibilizado hacia las propias emociones y ansiedad) hasta el estilo «externalizador» (evitación directa, proyección, *acting out*). Beutler y sus colaboradores utilizan el MMPI para detectar estos patrones defensivos. La *reactancia* es un constructo de la psicología social que se refiere a la tendencia del sujeto a resistir la influencia interpersonal, es decir, a hacer lo contrario de lo que se le pide cuando percibe que su libertad está amenazada. Así, los individuos con alta reactancia tienden a no cumplir las directivas, mientras que los de baja reactancia sí lo hacen. También aquí se utilizan ciertas escalas del MMPI para medir este constructo, a falta de un instrumento más adecuado.

El *emparejamiento de variables del cliente con modalidades terapéuticas* supone el paso final y eje central de la propuesta de Beutler y Clarkin (1990). En la tabla 24, se pueden ver algunos aspectos de su propuesta.

Merece destacarse de este enfoque su carácter empírico y su potencial para vincular áreas en algunos textos tan alejadas como variables de personalidad y técnicas psicoterapéuticas. Por ejemplo, en una investigación reciente Beutler *et al.* (1991) han validado en sujetos americanos y suizos su predicción de que, por citar sólo uno

Tabla 24. *Tipo de psicoterapia a emplear según el nivel de reactancia y estilo de afrontamiento del cliente*

Alta reactancia	no directiva centrada en el conflicto (ej.: psicoanalítica, rogeriana)	no directiva centrada en el síntoma (ej.: paradójica, autoayuda)
Baja reactancia	directiva centrada en el conflicto (ej.: guestáltica)	directiva centrada en el síntoma (ej.: conductual, cognitiva)
	«Internalizador»	«Externalizador»

de estos emparejamientos, los pacientes con alta reactancia obtienen mejores resultados con enfoques no directivos. Sin embargo, a la propuesta de Beutler le queda un largo camino por recorrer antes de poder identificar todas las variables del cliente relevantes, y, sobre todo, de encontrar instrumentos más precisos para su medición.

Dentro de la línea de la integración técnica sistemática el enfoque que acabamos de comentar no es único. Cuenta también con gran prestigio el enfoque de Lazarus (1981). Su *terapia multimodal* se basa en la identificación y el tratamiento de las modalidades básicas del ser humano y de sus problemas, lo que el autor llama el BASIC I.D. (conducta, afecto, sensación, imágenes, cognición, aspectos interpersonales y medicación/aspectos biológicos). Al examinar este enfoque tan ambicioso de una forma más rigurosa, vemos que prima el uso de técnicas conductuales y cognitivas en detrimento de las demás. Así, su realidad integradora es más reducida de lo que parece, por lo que se la considera a menudo una forma expandida de terapia conductual.

También dentro de este tipo de integración, el *enfoque transteorético* de Prochaska y DiClimente (p. ej., 1986; Prochaska, 1984) organiza tres ingredientes distintos: (a) procesos de cambio (contracondicionamiento, control de estímulos, aumento de conciencia, etc.); (b) estadios de cambio (pre-contemplación, contemplación, acción y mantenimiento); y (c) niveles de cambio (sintomático, cog-

nitivo, interpersonal, etc.). Se propone así la estimulación de un mecanismo de cambio determinado en función del estadio de cambio del cliente y del nivel al que se quiera incidir. Es decir, también aquí se presenta un intento de seleccionar la técnica terapéutica en función de variables del cliente. A nuestro entender este enfoque es elogiable por basarse en un conocimiento muy profundo de una gran diversidad de modalidades terapéuticas y por tener en cuenta el estadio en el que se halla el cliente en su proceso de cambio.

En general, podemos decir que la integración técnica sistemática es una estrategia integradora que ha sido capaz de generar propuestas muy interesantes y fructíferas. Resulta de especial interés el potencial de estos enfoques para incorporar los conocimientos empíricos disponibles y para potenciar nueva investigación.

5.3. La integración teórica

En este enfoque de la integración se integran dos o más psicoterapias con la esperanza de que el resultado de esta «fusión» resulte mejor que cada una de las terapias de las que se partió. Como su nombre indica, el énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas en virtud de esta síntesis teórica.

Ya desde sus inicios, los intentos de integración teórica se han centrado en gran medida en la combinación de los enfoques psicoanalítico y conductual. En los años treinta y cuarenta aparecen los primeros trabajos que sostienen que el psicoanálisis podía traducirse a los términos de la teoría del aprendizaje (se cita el trabajo de French en 1933 como un primer predecesor). Sin embargo, el clima de la época hizo que estos trabajos no fueran más que excepciones a la regla del desarrollo intraescolar y al clima de ignorancia mutua.

En la década de los cincuenta, en el contexto del acercamiento de algunos psicólogos académicos de Yale al psicoanálisis, se da la primera aportación realmente significativa en esta línea. El trabajo de Dollard y Miller, titulado *Personalidad y psicoterapia: un análisis en términos de aprendizaje, pensamiento y cultura* (1950), se adelantó enormemente a su época puesto que no se trataba de una simple traducción de conceptos dinámicos a términos conductuales. Estos autores presentan un ambicioso intento de sintetizar ambas teorías en

cuanto a su concepción de la neurosis y de la psicoterapia con la meta de articular una teoría unificada: «Nuestra finalidad última es combinar la vitalidad del psicoanálisis, el rigor del laboratorio y los hechos culturales» (pág. 3). En su elaborada propuesta, Dollard y Miller no sólo explican el principio del placer en términos de refuerzo, y la represión en términos de inhibición de respuesta, sino que formulan una compleja teoría acerca de la dinámica del conflicto y la ansiedad en la neurosis. A su vez, proponen formas de tratamiento integradas, que se avanzaron a muchas de las propuestas posteriores, más conocidas.

A pesar del enorme valor conceptual y terapéutico de esta primera gran propuesta integradora, el *Zeitgeist* o clima de la época no permitió que se le diera una buena acogida. No eran los vientos de la integración los que soplarían poco después sino que, muy al contrario, la lucha de escuelas llegaba, al inicio de los años cincuenta, a su punto más álgido. En efecto, si bien Dollard y Miller se encontraron con un psicoanálisis ya bastante desarrollado, tanto a nivel teórico como terapéutico, la terapia de conducta estaba aún forjándose y no ofrecía una gran alternativa. Pero las dos décadas siguientes verían un gran desarrollo de la tecnología conductual, acompañadas de un clima de lucha que enfatizaba las diferencias en lugar de buscar puntos de integración. La promesa conductual estaba empezando a cumplirse y sus límites aún no podían establecerse. Para ser bien recibidos, los esfuerzos integradores tendrían que esperar a que el modelo conductual se desarrollara y pudiera apreciarse hasta dónde podía llegar.

Pero a pesar de este clima poco favorable, tanto autores psicoanalistas (p. ej., Alexander, 1963; Weitzman, 1967) como conductuales (p. ej., London, 1964; Marks y Gelder, 1966) formularon propuestas integradoras. Concretamente, London (1964) distinguió las terapias existentes entre aquellas centradas en la acción y las centradas en el *insight*, y sugirió que un sistema capaz de articular ambos aspectos sería mucho más útil para la mayoría de los clientes.

Como hemos visto, en la década de los setenta se producen una serie de desarrollos en el interior de las terapias conductuales y de las psicodinámicas, que fomentan un cierto interés en la integración teórica. En este momento el modelo conductual tiene ya establecida firmemente su identidad y su relevancia dentro del campo terapéuti-

co, y además empieza a desarrollar una apertura hacia los procesos cognitivo-simbólicos (p.ej., Bandura, 1969). Por otro lado, aparecen algunos formatos de terapia psicoanalítica que enfatizan la fijación de metas, el trabajo sobre un foco terapéutico, así como los acontecimientos y procesos actuales. Parece que los tiempos empezaban a estar maduros para propuestas integradoras. Y son varias las que aparecen en este momento, y muchas más las que emergen a partir de los ochenta, pero sólo comentaremos algunas de ellas atendiendo a si integran dos teorías o más. Al primer caso lo denominamos integración híbrida, mientras que al segundo, integración amplia (Feixas, 1992a, 1994). Por otro lado, comentamos otro tipo de integración teórica que pretende ir un poco más allá de la síntesis conceptual, la integración metateórica.

— *La integración teórica híbrida: la psicodinámica cíclica*

Se trata de la integración de las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos. Normalmente, se parte de dos enfoques que se consideran complementarios y se intenta seleccionar los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno en un marco teórico híbrido común.

En la actualidad el enfoque que mejor representa este planteamiento híbrido, quizás en parte por ser heredero de los clásicos esfuerzos citados más arriba por integrar el psicoanálisis con el conductismo, es la terapia psicodinámica cíclica de Paul Wachtel (1977; 1985; 1987). Discípulo de Dollard y Miller, se formó como psicoanalista y posteriormente tuvo la oportunidad de observar el trabajo de algunos de los terapeutas de conducta más reconocidos. Considera que la perspectiva psicodinámica y su énfasis en el *insight* como mecanismo de cambio es insuficiente en la mayoría de casos, y que hay que prestar atención a los componentes actuales del conflicto que favorecen las fantasías y conflictos inconscientes. En contraste con la visión clásica psicodinámica acerca del valor causal de los conflictos infantiles, la de Wachtel es cíclica, en el sentido de que los problemas y los síntomas son el resultado de círculos viciosos que se mantienen en la situación actual. Si bien reconoce que la experiencia temprana favorece determinada predisposición (y, por tanto, aumenta la posibilidad de aparición de determinadas conductas), se centra en los aspectos actuales del círculo vicioso.

Por un lado, Wachtel considera esenciales las experiencias tempranas como origen de un patrón de funcionamiento que refleja conflictos no resueltos que influyen en la persona más allá de su conciencia, pero, además, enfatiza la importancia de las influencias interpersonales actuales: «... este patrón persiste... porque las formas de experienciar e interactuar con los demás tienden a recrear continuamente las viejas condiciones una y otra vez» (Wachtel, 1977, pág. 53). Así, las experiencias pasadas nos llevan a crear precisamente aquellas condiciones actuales que perpetúan el problema. Es decir, la gente que escogemos y nuestras relaciones actuales pueden confirmar nuestras fantasías y visión del mundo que arrastramos desde la infancia.

La identidad que va adquiriendo la persona es para Wachtel una especie de hábito o aprendizaje que incluye el hecho de temer determinadas experiencias, y que, por tanto, limita su repertorio de conductas ya desde la infancia. Constituye una forma de adaptación evitativa pero reforzante, por el mismo hecho de evitar conflictos y disminuir la ansiedad. Esta evitación se manifiesta notablemente en la gente que selecciona, puesto que se tienden a evitar las relaciones con personas con las que existiría una mayor probabilidad de generar cambio. Con esta perpetuación de los patrones de interacción, el neurótico se encuentra en gran medida con una serie de experiencias que confirman sus predicciones y, por ende, su visión de sí mismo y del mundo.

Esta concepción integrada de los problemas neuróticos conlleva notables implicaciones para la práctica de la psicoterapia. Desde esta visión cíclica del problema resulta lógico pensar que hay que intervenir primeramente en los factores actuales que lo mantienen para producir el cambio. Por otro lado, promover la comprensión de la persona acerca de su conflicto y de su participación en las condiciones actuales para su mantenimiento puede ser de gran interés. Pero el mérito de la propuesta terapéutica de Wachtel no radica sólo en el hecho de combinar técnicas de acción con técnicas de *insight*, sino en el hecho de postular los procedimientos conductuales como fuente de nuevos *insights* a la vez que éstos pueden generar nuevas conductas.

En cierta medida, la propuesta de Wachtel parece cumplir con lo que se propone la integración teórica híbrida, a saber, tomar lo mejor de los dos enfoques. Del dinámico toma los procesos y conflictos

inconscientes, así como la importancia del significado y de las fantasías; del conductual, la importancia del contexto en el que ocurre el problema, además de su gran arsenal técnico para modificarlo. Esta brillante síntesis muestra el valor del empeño integrador aunque ello no dé lugar a evidencia empírica, al igual que suele ocurrir en otros esfuerzos de integración teórica.

Desde los años setenta, y además de la de Wachtel, han aparecido un buen número de propuestas híbridas que muestran el valor de integrar no sólo la terapia psicoanalítica con la conductual, sino también la psicoanalítica con la cognitiva, la cognitiva con la sistémica, la humanista con la conductual, amén de que entre los humanistas es algo muy frecuente combinar dos enfoques (o más), por ejemplo, análisis transaccional y terapia guestáltica.

— La integración teórica amplia: el enfoque integrador de Fernández Álvarez

Este tipo de integración teórica se diferencia del anterior no sólo por contemplar más de dos teorías, sino por articular distintos aspectos del funcionamiento humano como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales. Estas propuestas integradoras cubren un amplio espectro, y se nutren de las aportaciones de muchas psicoterapias. Y muy a menudo se basan en los avances de la psicología cognitiva y social, lo que permite la elaboración de enfoques con mejor conexión entre psicología académica y psicoterapia.

Hemos escogido la reciente propuesta de Fernández Álvarez (1992) para ilustrar este tipo de integración, no sólo por su originalidad sino por mostrar conocimiento de algunos de los intentos más destacados en este ámbito (Greenberg y Safran, 1987; Guidano y Liotti, 1985; Horowitz, 1991; Mahoney, 1991). Fernández (1992) toma como punto de referencia la psicología cognitiva atendiendo a su doble vertiente, la que considera los procesos humanos como procesamiento de la información, y la constructivista (o cognitivo-social) que concibe al ser humano como agente (pro)activo en la construcción del significado.

El planteamiento teórico de este autor articula las aportaciones constructivistas de Feixas y Villegas (1990), Guidano (1991) y Mahoney (1991) con el saber psicodinámico sobre el inconsciente, y con el procesamiento emocional (Greenberg y Safran, 1987), a la vez

que contempla distintos aspectos interaccionales. De esta forma, describe la experiencia en su carácter constructivo, es decir, como proceso en el que se elaboran una serie de estructuras de significado. Particular interés merece la descripción de la evolución de estas estructuras de significado a través del tiempo, y las influencias circunstanciales en esta evolución. Así, vemos cómo el niño se inserta dentro de un guión paterno, y que sólo posteriormente se halla enfrascado en la tarea de construir su propio guión personal, idea muy conectada al pensamiento de Adler y al de los existencialistas. Este guión personal constituye una trama en la que se forjan las estructuras de significado, y en función de la cual se van organizando jerárquicamente. Además de por la diferenciación jerárquica, las estructuras de significado se distinguen por su grado de rigidez o flexibilidad, y por su grado de desarrollo hacia la complejidad, aspectos todos ellos ya preanunciados en la propuesta de Kelly.

La cuestión evolutiva es central en la obra de Fernández, y, en consecuencia, presenta un esquema evolutivo de los niveles de complejidad del self de gran interés. Este esquema constituye una descripción de las fases del ciclo vital en términos de la evolución de las estructuras de significado. A su vez, el autor destaca el potencial teórico de este esquema para conceptualizar los problemas clínicos.

En la parte más práctica de su aportación, Fernández (1992) describe distintas modalidades de cambio, también desde una óptica evolucionista. Todo ello le permite adentrarse en la comprensión de la vivencia de sufrimiento que tiene el paciente y en los mecanismos que le llevan a demandar una psicoterapia. En este terreno ya práctico, el análisis de la demanda constituye un elemento esencial, que permite diferenciar distintos tipos de abordaje psicoterapéutico. Dependiendo, pues, de la demanda y del tipo de problema, Fernández aporta elementos para proponer una tratamiento breve, intermedio o sín limite de tiempo, así como para seleccionar determinado tipo de técnicas.

— La integración metateórica: el caso del integracionismo teórico progresivo

Este tipo de integración plantea la posibilidad de articular diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un marco común metateórico.

Se trata de una modalidad integradora muy reciente de la que se habla en pocos trabajos (Villegas, 1990b) pero que a nuestro juicio se representa claramente en el Integracionismo Teórico Progresivo (ITP) de Neimeyer y Feixas (1990; Feixas y Neimeyer, 1991; Neimeyer, 1992). El ITP pretende superar las posibles contradicciones teóricas y filosóficas con las que se encuentra la integración teórica (ya sea híbrida o amplia) al intentar combinar enfoques radicalmente opuestos en muchos aspectos. Esta propuesta integradora propone limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles. De esta forma se restringe el intercambio y síntesis conceptual a los sistemas que tienen axiomas filosóficos compatibles. Este intento por incorporar sólo los conceptos y heurísticas que son congruentes con su propio núcleo de presuposiciones responde a una de las más extendidas objeciones hechas contra la práctica integradora: la no explicitación de las bases epistemológicas sobre las cuales se deben integrar varias teorías o terapias (Messer, 1986).

Los proponentes del ITP sostienen que la epistemología constructivista (p. ej., Feixas y Villegas, 1990) puede ser un marco metateórico idóneo para realizar esta integración por varios motivos. En primer lugar, se puede observar una cierta tendencia constructivista en el seno de distintos modelos (especialmente el cognitivo y el sistémico aunque también en otros, véase Feixas y Neimeyer, 1991). Por otro lado, su alto grado de abstracción y flexibilidad hace que Mahoney (1988) apueste en este sentido: «El lenguaje y la estructura ofrecidos por la metateoría constructivista pueden ser especialmente adecuados para facilitar los esfuerzos hacia una convergencia transteorética» (pág. 307). Finalmente, el carácter multidisciplinar de la epistemología constructivista, basada en aportaciones de biólogos, físicos, biocibernéticos, filósofos de la ciencia, además de psicólogos, sitúa al constructivismo en una buena posición para realizar esta integración metateórica. En nuestra visión, los cambios de la psicología hacia una metateoría constructivista en los últimos 20 años ofrecen condiciones favorables para el desarrollo de un modelo más abarcador del cambio psicoterapéutico, que mantenga su coherencia filosófica y técnica.

Sin embargo, Neimeyer (1992) reconoce que el ITP puede llevarse a cabo desde otras epistemologías. Por ejemplo, Messer (en Lazarus y Messer, 1991) propone una «integración evolutiva o asi-

milativa» en la que se promueven importaciones muy selectivas realizadas de forma tal que encajen en un contexto teórico más amplio. Y para él este contexto sería el psicodinámico.

5.4. Los factores comunes

La búsqueda de factores comunes supone la identificación de aquellos ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias. En contraste con las otras formas de integración, que trabajan en la combinación de las diferencias existentes, el enfoque de los factores comunes se centra en las similitudes que aparecen entre distintos modelos. Estas similitudes pueden ser tanto clínicas como teóricas. Los defensores de este enfoque de la integración sostienen que las aparentes diferencias entre los constructos teóricos o las técnicas de las distintas psicoterapias son más superficiales que otra cosa y esconden similitudes esenciales. La promesa implícita de este enfoque es la identificación de los factores que operan en el cambio psicológico en las distintas terapias, lo que nos permitiría construir una conceptualización más amplia de la psicoterapia, más allá de los posicionamientos escolásticos y con mayor eficacia práctica. En efecto, la finalidad principal de este enfoque es identificar los factores, o combinación de ingredientes, que resulten mejores pronosticadores del cambio terapéutico. Una vez hallados estos componentes, podrían servir como punto de partida para la elaboración teórica.

Sin duda, los hallazgos recientes de la investigación de resultados han contribuido a justificar y fomentar este enfoque. Nos referimos concretamente a la conclusión de que no existe una eficacia diferencial entre las psicoterapias, de que en general son similarmente efectivas, y a la apreciación de que los factores comunes pueden explicar el doble de varianza (30 %) que las técnicas terapéuticas (véase 4.2). Sin embargo, el enfoque de los factores comunes no esperó a la pasada década para basarse en estos datos sino que inició su desarrollo bastante antes. Al igual que en la integración teórica, encontramos propuestas de factores comunes ya en los años treinta, a las que siguieron algunas aportaciones muy notables. Pero no es sino hasta los años setenta y ochenta que aparecen contribuciones más sistemáticas y numerosas, a la par de un creciente interés por parte de los psicoterapeutas e investigadores.

Uno de los primeros artículos sobre factores comunes fue el de

Rosenzweig (1936), que señalaba algunos factores que a su juicio podían explicar la efectividad de distintas psicoterapias: la capacidad del terapeuta para inspirar esperanza y para proporcionar una visión alternativa (y más plausible) del self y del mundo.[71]

Ya en los años cuarenta, Alexander y French (1946) proponen el término de «experiencia emocional correctiva» como un proceso común de las psicoterapias. Consiste en «reexponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado. El paciente, para que se le pueda ayudar, debe experimentar una experiencia emocional correctiva adecuada para reparar la influencia traumática de las experiencias previas» (pág. 66). Este concepto básico sigue siendo central para formulaciones recientes (p. ej., Arkowitz y Hannah, 1989; Brady *et al.*, 1980).

Pocos años después, tuvieron una gran influencia reforzante para el argumento de los factores comunes los estudios de Fiedler (p. ej., 1950). Se pidió a terapeutas de distintas escuelas y niveles de experiencia que describieran los componentes que consideraban ideales para una relación terapéutica. Resultó que los terapeutas expertos de distintas orientaciones coincidieron más entre sí que los principiantes de su propia escuela. En otro estudio en el que se utilizaron puntuaciones de sesiones terapéuticas Fiedler encontró resultados similares. La relación terapéutica establecida por expertos de una orientación se asemejaba más a la de los expertos de otras orientaciones que con los principiantes de la propia. Aunque las psicoterapias estudiadas fueron sólo la psicoanalítica, la adleriana y la no directiva, y a pesar de que no se tuvieran en cuenta los resultados, estos estudios contribuyeron a fomentar el desarrollo del enfoque de los factores comunes.

Carl Rogers (1951; 1957) contribuyó también, aunque quizá de forma indirecta, al argumento de los factores comunes al defender que la psicoterapia era efectiva no tanto por el empleo de técnicas sino por el tipo particular de relación humana que se establece con el cliente. Su trabajo con las características empáticas, la calidez y la consideración positiva incondicional de la relación ha tenido amplias

71. Kelly (1969) coincide en apuntar también a esta cuestión precisando que esta visión alternativa debe (a) dar cuenta de lo que el cliente considera crucial en su visión del problema, y (b) sugerir alternativas de acción factibles.

repercusiones en la investigación y conceptualización posterior (p. ej., Truax y Carkhuff, 1967).

En la década de los sesenta aparecen varias obras que proponen la psicoterapia como un proceso de influencia social y de persuasión genérico, en contraste con las creencias más establecidas de la época que enfatizan los efectos técnicos específicos. Nos vamos a centrar un poco más en la más influyente y elaborada de estas propuestas, la de Frank, que continúa siendo un punto de referencia obligado especialmente si atendemos a las actualizaciones que ha realizado el propio autor.

— La aportación de Frank a los factores comunes

Jerome Frank, en su obra titulada *Persuasión y curación* (1961), realiza una primera formulación de sus factores comunes en base al análisis de las similitudes existentes en varios procesos de influencia: la psicoterapia, los efectos placebo en medicina, el lavado de cerebro y la curación por la fe en diferentes culturas. La tesis de Frank es que la psicoterapia es esencialmente una forma de influencia social y que su aspecto central es su capacidad para reducir la desmoralización, «un estado mental caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: incompetencia subjetiva, pérdida de autoestima, alienación, desesperanza (sentir que nadie puede ayudarnos) o desamparo (sentir que otros pueden ayudarnos, pero que no lo harán)» (Frank, 1982, pág. 80). Sugirió además que todas las psicoterapias podían ser igualmente efectivas para restituir la moral, aunque lo hagan de formas aparentemente distintas. A partir de esta concepción de la psicoterapia, Frank (1961) planteó la existencia de seis factores no específicos que serían comunes para todas las psicoterapias. Estos factores son:

1. Una *relación de confianza* de cierta carga emotiva con el profesional de ayuda. A diferencia de una interacción social ordinaria tiene una cualidad intensa en la que cliente y terapeuta tratan asuntos delicados. La relación presenta cierta carga emocional puesto que el cliente se ve afectado por algún trastorno o malestar y, a veces, busca ayuda desesperadamente. La confianza existente en la relación es intrínseca a la psicoterapia. Para que la terapia funcione el

cliente debe exponer sus problemas, sentimientos y fantasías (exposición que es muchas veces dolorosa, amenazante o simplemente embarazosa) y se debe sentir seguro de que todo aquello que revela se tratará con plena confidencialidad.

2. Una *explicación racional* que da cuenta de los problemas del cliente y de los métodos de tratamiento para su solución. Una persona que busca ayuda a través de la psicoterapia se encuentra a menudo desconcertada por su experiencia. La explicación que proporciona el terapeuta contribuye a la reducción del estado de sufrimiento del cliente (a veces hasta la simple rotulación del síntoma ayuda). Paradójicamente, el contenido de tal explicación racional no parece ser crucial. Es más importante la confianza que muestra el terapeuta en lo que dice y hace que sus formulaciones teóricas o los procedimientos aplicados en el tratamiento. La aceptación por parte del cliente de la explicación es igualmente importante si ayuda a dar sentido y estructurar, al menos en parte, su estado de «desorden interior».
3. El proporcionar *nueva información* acerca del origen y la naturaleza de los problemas del cliente y de las formas de tratarlo. No se trata de un aprendizaje preciso de una explicación específica de sus problemas por parte del cliente, sino una descripción que es coherente, lógica y que proporciona cierta luz. En algunas escuelas de psicoterapia se aprende mediante el autodescubrimiento. El terapeuta actúa en estos casos como un facilitador. En otros enfoques el terapeuta asume un rol pedagógico más estricto y enseña al cliente la naturaleza y las causas de sus dificultades y/o lo instruye acerca de cómo resolverlas.
4. La *esperanza* del cliente de encontrar ayuda en el terapeuta. Una persona consulta a un terapeuta en la creencia de que ello le beneficiará. Su elección de un profesional no es accidental. A menudo tiene alguna idea acerca del status profesional del terapeuta y supone que éste ha realizado un programa de formación y debe, por tanto, saber algo acerca de la tarea de ayudar a personas. También sus características personales cuentan. El terapeuta que transmite un sentido de optimismo a menudo lo contagia a su cliente. El mero

hecho de que el terapeuta acepta al cliente para tratamiento indica que tiene confianza de que la mejora es posible.

5. Una oportunidad para tener *experiencias de éxito* en el curso de la terapia y en consecuencia, fortalecer la sensación de dominio. A menudo un cliente inicia terapia con la idea de que sus logros son despreciables y sus posibilidades de disfrutar el éxito son escasas. La terapia le permite invertir esta imagen: a medida que supera sus dificultades empieza a apreciar la naturaleza de sus problemas y disfruta de nuevas experiencias favorables durante la terapia. Así desarrolla un sentimiento creciente de confianza en uno mismo y la sensación de que es alguien capaz (Bandura, 1977a).
6. La *facilitación de la activación emocional*. La psicoterapia vacía de emociones probablemente no produce efectos. La visión racional y fría del cliente de sí mismo y de sus problemas pocas veces se acompaña de un cambio sustancial. De formas a veces impredecibles, el cliente que se beneficia de la psicoterapia ve activado, en algunos momentos, su arousal emocional. A través de este proceso empieza a descubrir los sentimientos que son centrales para comprender su experiencia en relación a sus problemas.

El enfoque de los factores comunes ha recibido mucha atención en las últimas dos décadas, pero el trabajo de Frank permanece como punto de referencia fundamental hasta nuestros días. Otras aportaciones han venido a complementar su trabajo, y entre ellas merece una mención especial la obra editada por Marvin Goldfried (1982), que recoge, además de su propia aportación, las de los autores más relevantes del momento. En particular, la propuesta de Goldfried sugiere que donde resulta más prometedora la búsqueda de ingredientes comunes es a un nivel intermedio entre la teoría y la práctica, al nivel de las estrategias utilizadas por terapeutas de distintas orientaciones. Sin embargo, estas propuestas de integración a partir de los enfoques comunes, no están exentas de críticas. Haaga (1986) examina algunas de ellas, y sugiere que cada modelo estudie la utilidad de otras técnicas para enriquecerse, fomentando así el desarrollo «intraescuela», por lo que no considera oportuno el camino hacia una integración.

5.5. La cuestión de la formación del terapeuta integrador

Si el movimiento de la integración ya de por sí formula un reto al campo de la psicoterapia, el tema de la formación del terapeuta supone un reto quizás aún más complejo para los psicoterapeutas integradores. Si, como acabamos de ver, existe una gran diversidad de enfoques integradores, ¿cómo se va a plantear la formación del terapeuta? ¿En qué tipo de integración se le va a formar? Como vemos, se trata de una complejidad sobreañadida a la propia de la formación terapéutica.

Contando con esta complejidad, en la actualidad nos encontramos con situaciones muy diversas, y con variaciones importantes según los países. Por ejemplo, hay centros que imparten formación psicoterapéutica «integradora», lo que en la práctica equivale a decir formación en una modalidad específica de integración (generalmente una forma de integración teórica híbrida o amplia). La implicación de este hecho es que esta formación «integradora» se diferencia de otros tipos de formación de escuela únicamente en el tipo de psicoterapia impartida, lo cual no supone ningún salto cualitativo en el planteamiento de la formación.

A nuestro juicio, la sensibilidad hacia la integración debería ser un componente de la formación de terapeutas de distintas escuelas. Supone el formar con un espíritu no dogmático, con el mensaje implícito de que no existe una verdad terapéutica, y de que es posible aprender de otras orientaciones. Por otro lado, cursos generales acerca de las propuestas y opciones de integración existentes deberían también incluirse en los programas de formación establecidos. Consideramos que el conocimiento de los desarrollos existentes en la tradición integradora permite situar las opciones personales con más claridad.

Esta visión no normativa de la formación del terapeuta integrador, según la cual no es coherente proponer un programa de formación en «psicoterapia integradora», como si fuera un modelo más, es coherente con la postura adoptada por SEPI y SEIP, que, como asociaciones sobre la exploración de la integración de la psicoterapia, se limitan a fomentar el diálogo entre profesionales de distintas orientaciones y a promover el espíritu integrador entre psicoterapeutas ya formados, o en formación, en alguna escuela reconocida.

5.6. Investigación terapéutica e integración

Si los planteamientos integradores han surgido, en parte, como respuesta a los límites de la efectividad terapéutica de los distintos modelos, idealmente la efectividad de los enfoques integradores debería ser mayor a la alcanzada desde las escuelas. Pero como ocurre con muchos ideales, esta mayor validez incremental no se ha podido demostrar. Pero, a pesar de destacar este hecho, Lambert (1986) reconoce que los enfoques integradores, en sus distintas modalidades, conllevan una mayor flexibilidad en la aplicación de técnicas en función de las características del cliente, y que esto sí ha de redundar en un incremento de eficacia, aunque ello no se haya podido demostrar empíricamente.

En términos más generales, la orientación empírica de las distintas propuestas integradoras es muy desigual. Por un lado hay enfoques, como la integración técnica de Beutler, que se basan principalmente en los resultados acumulados durante décadas de investigación terapéutica y que han sometido su modelo a contrastación empírica. Pero hay otros con menos vocación empírica, o bien con su carácter teórico que hace más difícil su contrastación inmediata. Aun así, la mayoría de intentos de integración recientes (por ejemplo, la integración teórica amplia de Fernández, 1992) se han formulado teniendo en cuenta teorías aceptadas dentro de la psicología cognitiva académica.

Un hecho muy destacable dentro de la investigación en el enfoque de la integración es que en 1986 el NIMH de los EE.UU. financió unas jornadas dedicadas monográficamente a este tema. Uno de los frutos inmediatos de este congreso fue la confección de una lista de recomendaciones para la investigación en la integración de las psicoterapias que se encuentran recogidas en la tabla 25.

Son recomendaciones de gran alcance que invitan a una reflexión seria. En primer lugar, vemos que van más orientadas a descubrir los agentes y mecanismos de cambio terapéutico que al mero estudio de la efectividad. Van dirigidas a programas de investigación a largo plazo y, por ahora, resultan demasiado recientes como para poder disponer de datos acerca de sus virtudes y defectos. Pero el hecho de que estas recomendaciones se hayan publicado en el artículo inaugural del *Journal of Psychotherapy Integration* denota la orientación empírica de la principal revista de los psicoterapeutas integradores, y

la verdad es que en sus pocos años de andadura esta revista ha publicado un notable caudal de investigaciones. Lo que es importante resaltar es que la misma existencia de estas recomendaciones implica un grado de institucionalización de la investigación psicoterapéutica nunca antes alcanzado.

Tabla 25. *Recomendaciones del NIMH para la investigación en la integración psicoterapéutica* (adaptado de Goldfried, 1991)

1. Es necesario que la clarificación conceptual y el estudio empírico real procedan de un modo coordinado, con el desarrollo de instrumentos de medida que ayuden a operacionalizar los conceptos clave.

2. Se necesitan esfuerzos conceptuales e investigadores para estudiar lo que los terapeutas en ejercicio hacen realmente, de modo que se desvelen tanto las contribuciones comunes como las únicas a través de las varias «formas puras» de terapia.

3. Se necesita estudiar varios trastornos psicológicos para mejorar nuestra eficacia terapéutica, particularmente si tal investigación tiene en cuenta varias orientaciones teóricas.

4. Para tener una valoración más amplia del cambio psicoterapéutico es necesario desarrollar una tipología de criterios de resultados, tal como se consideran desde diferentes orientaciones.

5. Se necesita investigar sobre los procesos de cambio psicoterapéutico, bien sea estudiando sucesos terapéuticos importantes, o elaborando conceptos teóricos clave que se consideren centrales para explicar el proceso de cambio.

6. En la medida en que los procesos de cambio pueden variar con la fase del tratamiento, la investigación comparativa del proceso psicoterapéutico debería centrarse en una fase terapéutica comparable.

7. Se deberían estudiar los procesos de cambio comunes y únicos asociados con diferentes orientaciones para indicar qué ha sido ya integrado y qué podría potencialmente integrarse.

8. Es probable encontrar estas comunalidades y procesos únicos en un nivel de abstracción que existe en algún lugar entre la teoría de alto nivel y los fenómenos clínicos observables.

9. Se necesita llevar a cabo investigación sobre la alianza terapéutica tal como se desarrolla en diferentes orientaciones teóricas.

10. Los estudios deberían centrarse en los diferentes vínculos terapéuticos necesarios para llevar a cabo diferentes clases de tareas o técnicas terapéuticas.

11. Se requiere investigar hasta qué punto el nivel de trastorno del

paciente o su estilo de personalidad media el papel que la alianza terapéutica puede desempeñar en producir cambio.

12. Al abordar la solución de la barrera lingüística que impide la comunicación entre orientaciones teóricas, y entre terapeuta e investigador, se requieren varios sistemas de lenguaje: (a) la jerga asociada con las diferentes escuelas, (b) la traducción de estos lenguajes teóricos a la lengua vernácula, (c) la operacionalización de esta lengua vernácula en un lenguaje apropiado para la investigación y (d) una lenguaje que pueda permitirnos recuperar los hallazgos básicos de la investigación (p. ej., la psicología cognitiva) que puedan ser relevantes para la intervención terapéutica.

13. Cualquier lenguaje de investigación que se desarrolle necesita ser capaz de incorporar conceptos de diferentes orientaciones terapéuticas, y al mismo tiempo debe ser neutro a todas ellas.

14. Se necesitan metodologías de investigación para estudiar el caso único desde diferentes orientaciones terapéuticas.

15. Para facilitar la investigación en la integración de las psicoterapias se necesitan archivos de transcripciones, audiograbaciones y videograbaciones de las sesiones terapéuticas.

16. Es necesario estudiar los fracasos en los tratamientos como un medio de aprender a aumentar nuestra eficacia terapéutica.

17. Se requiere investigación sobre el desarrollo de reglas de decisión para seleccionar y llevar a cabo intervenciones terapéuticas eficaces, que puedan tener implicaciones importantes para desarrollar un manual de tratamientos empíricamente fundado.

18. Se necesitan aplicar esfuerzos investigadores para realizar análisis comparativos de estas diferentes reglas de decisión.

19. Se necesitan datos sobre cómo se pueden aplicar procedimientos integradores a problemas clínicos específicos.

20. Los procedimientos de evaluación de resultados que se utilizan en la investigación necesitan tener en cuenta los criterios de cambio que se derivan de las diferentes formas puras de terapia.

21. Se necesitan estudios piloto para determinar si una intervención integradora es más eficaz en el tratamiento de problemas clínicos específicos que cualquier forma pura de terapia.

22. En función de los hallazgos de estos estudios piloto, se requieren estudios controlados de resultados para determinar qué tipo de paciente se beneficia más de una intervención integradora.

23. Se necesitan investigaciones para determinar los métodos más eficaces de formación de clínicos en enfoques integradores.

NOTA FINAL DE LOS AUTORES

Este libro es el fruto de una intensa colaboración dirigida a articular una comprensión amplia e integradora de la psicoterapia actual. Han servido como punto de partida nuestros proyectos docentes para las asignaturas de psicoterapia de los Departamentos de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universitat de Barcelona y la Universidad de La Laguna, en los que desarrollamos nuestra actividad docente e investigadora, y a los cuales dirigimos nuestro primer agradecimiento. En particular queremos agradecer el apoyo recibido por parte de los directores de estos Departamentos, los Drs. Josep M.ª Tous y Vicente Pelechano, respectivamente. Además, queremos expresar nuestra deuda intelectual con muchos autores sin cuyas aportaciones esta obra no habría sido posible. Aunque resulta imposible nombrarlos a todos, no podemos dejar de mencionar con especial gratitud a Vittorio Guidano, Michael Mahoney, Robert Neimeyer, Harry Procter, Manuel Villegas y Walter Weimer, por el impacto que han tenido en nuestra formación científica y clínica.

GUILLEM FEIXAS i VIAPLANA
MARÍA TERESA MIRÓ BARRACHINA
Monteblanco, Barcelona y La Laguna, marzo de 1993.

cología
quiatría
coterapia

Los tratamientos psicológicos se hallan en el punto de mira de una gran diversidad de profesionales, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, asistentes sociales, enfermeros..., en un momento en el que la psicoterapia se está consolidando como profesión especializada. Su desarrollo, hasta hace poco relativamente alejado de los avances en psicología, ha dado lugar a una serie de tratamientos que configuran un campo plural en el que se distinguen modelos psicoanalíticos, humanístico-existenciales, conductuales, cognitivos y sistémicos.

En esta obra se presenta el surgimiento y desarrollo de la psicoterapia en la forma de estos modelos diferenciados, a la vez que se recogen las recientes tendencias integradoras. Asimismo se exponen las aportaciones teóricas y prácticas más innovadoras de cada modelo, y se revisa el estado actual de la psicoterapia a partir de la investigación psicoterapéutica de los últimos años.

Guillem Feixas Viaplana es profesor titular de Técnicas de Psicoterapia en la Universidad de Barcelona, presidente de la Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia (SEIP) y coautor de la obra *Constructivismo y psicoterapia*, entre otras.

María Teresa Miró Barrachina es profesora titular de Psicoterapia en la Universidad de La Laguna y ha escrito la obra *Epistemología evolutiva y psicología*.

Ambos autores tienen varios años de experiencia clínica y cuentan con decenas de publicaciones en esta área; además son miembros didactas de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO).

ISBN 84-7509-949-1

